A-I E
43689/3
19 RÉPERTOIRE
01029

RADFORD LIBRARY,

Saint Mary's Hospital, Manchester.

No. ~~57~~ ~~F. Sa. 31~~

This Book to be returned in _____ *days.*

Fine for overtime _____ *per day.*

Note.—No book can be renewed if wanted by another reader, nor unless brought to the Library for that purpose.

It is requested that the leaves of books may not be turned down,—that no person will write in them,—and that the greatest possible care may be taken of them.

EXTRACTS FROM THE RULES.

That each Medical Officer shall be allowed not more than two works out of the Library at one time, and not more than two volumes of each work.

That Registered Medical Students shall be allowed to take out books every Tuesday and Saturday, from eleven till one, or at such hours as may be ordered from time to time by the Board.

That each Registered Medical Student shall be allowed to have not more than one book out of the Library at the same time, unless the work consist of two or more volumes, and in no case more than two volumes.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b29326503_0001

F. G. Crosse

RÉPERTOIRE
MÉDICO-CHIRURGICAL
ET OBSTÉTRICAL.

SOMMAIRE DU TOME PREMIER.

—

ESSAI SUR LA PHILOSOPHIE MÉDICALE et sur les généralités de la Clinique Médicale, précédé d'un Résumé philosophique des principaux progrès de la médecine, PAR J. BOUILLAUD. — MONOGRAPHIE COMPLÈTE SUR LES MALADIES DU FOIE ; PAR A. BONNET. — DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs; PAR M. A. BÉRARD. — RECHERCHES SUR LA SURDITÉ, considérée sous le rapport de ses causes et de son traitement, et nouvelle méthode pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache, PAR GAIRAL. — TRAITÉ DE L'ÉRISIPÈLE et des différentes variétés qu'il peut offrir; PAR ALM. LEPELLETIER [DE LA SARTHE.] — TRAITÉ SUR LES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES, leurs symptômes et leur traitement; PAR P. F. NEPPLE.

RÉPERTOIRE

MÉDICO-CHIRURGICAL

ET OBSTÉTRICAL,

OU CHOIX DE MONOGRAPHIES, THÈSES, MÉMOIRES, ETC.,

SUR

LA MÉDECINE, LA CHIRURGIE

ET L'ART DES ACCOUCHEMENTS;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION D'UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

—

TOME PREMIER.

7
264
4 vol

SUMMERSCALES RADFORD LIBRARY MANCHESTER.

LONDRES,

DULAU ET COMPe, LIBRAIRES, 37, SOHO SQUARE.

BRUXELLES, H. DUMONT, ÉDITEUR.

—

1836.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

ST. MARY'S HOSPITAL
RADFORD LIBRARY
MANCHESTER.

ESSAI

SUR

LA PHILOSOPHIE MÉDICALE

ET SUR LES GÉNÉRALITÉS

DE LA

CLINIQUE MÉDICALE,

PRÉCÉDÉ D'UN

RÉSUMÉ PHILOSOPHIQUE DES PRINCIPAUX PROGRÈS DE LA MÉDECINE,

ET SUIVI D'UN PARALLÈLE DES RÉSULTATS DE LA FORMULE DES SAIGNÉES COUP SUR COUP AVEC CEUX DE L'ANCIENNE MÉTHODE, DANS LE TRAITEMENT DES PHLEGMASIES AIGUES.

PAR J. BOUILLAUD,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

. . . . . *Major mihi rerum nascitur ordo,*
Majus opus moveo. . . . .

(VIRG., *Æneid.*, lib. VII.)

PRÉFACE.

L'*Essai* que je soumets au jugement du public, a pour but essentiel d'imposer à l'étude de la médecine ce caractère *d'exactitude* sans lequel il n'existe aucune véritable science, et de lui imprimer la direction généralement suivie dans les sciences physiques proprement dites. Cette tentative n'est pas nouvelle, je le sais ; mais les efforts de nos devanciers n'ont pas été tels, qu'il ne restât plus rien à faire après eux. Que dis-je ? En est-il un seul qui ait développé sérieusement la grande question de l'application bien entendue des sciences exactes à la médecine ? En est-il un seul qui ait abordé, avec les détails convenables, les points fondamentaux de la philosophie médicale ? Non, cette matière est encore presqu'entièrement vierge, et si nous tenons à faire bien ressortir cette circonstance, c'est pour nous en servir comme d'un titre des plus légitimes à l'indulgence des lecteurs.

Le besoin d'un traité de *Philosophie médicale* est, d'ailleurs, généralement senti aujourd'hui : c'est une des grandes lacunes de la littérature médicale, qu'il appartient à notre siècle de combler.

Comme son titre l'indique, l'ouvrage que je publie n'est qu'un *essai ;* je laisse à de plus habiles le soin de résoudre, d'une manière complète, toutes les questions que je me suis contenté d'effleurer. Tel qu'il est, j'ai cru que cet ouvrage serait utile à ceux qui entrent dans la carrière de la médecine, et il n'a rien moins fallu que cette conviction pour me décider à le mettre au jour.

Je n'ignore point, en effet, le triste sort qui est réservé à des ouvrages où l'on est obligé de remonter aux principes mêmes de la médecine, et de poser pour ainsi dire les bases de sa constitution. C'est là une matière fort inflammable par elle-même, et qui le devient bien plus encore par les questions personnelles qu'on soulève nécessairement, en la traitant avec franchise et liberté : *incedo per ignes....*

En médecine, comme ailleurs, des esprits généreux ont, je le sais, arboré l'étendard de la conciliation. Mais, hélas ! comment concilier pour long-temps des principes essentiellement ennemis et qui, comme ces nuages chargés d'une électricité différente, ne s'attirent et ne se rapprochent que pour se foudroyer. Cependant, objectera-t-on, peut-être, vous ne sauriez nier que la vérité ne se trouve dans un *juste milieu* entre deux opinions extrêmes. Elle s'y trouve quelquefois, en effet, quoique pas toujours. Mais que fait cela à la proposition précédente? Quelle que soit la place qu'occupe un principe vrai, qu'il soit à *droite,* à *gauche* ou au *centre,* en tant que principe, il se comporte toujours de la même manière, et il ne saurait vivre en bonne intelligence avec des principes qui lui sont opposés. Encore une fois, les principes *démontrés* ne capitulent pas, ne font pas de concession, ne se rendent pas. Or, sans démonstration, point de science. Je conviens que la démonstration est difficile quand il s'agit de certaines propositions médicales, et, jusqu'à ce que la vérité ait éclaté dans tout son jour, personne plus que moi n'est partisan du *doute philosophique,* de la tolérance *scientifique.* Nous verrons, au reste, dans le cours de cet *Essai,* à quels caractères on peut reconnaître la vérité en médecine, ainsi que dans les autres sciences d'observation.

Je crois avoir clairement prouvé, dans cet ouvrage, les rapports qui existent entre une partie des faits dont se compose la médecine et ceux dont s'occupent les sciences physiques proprement dites. Sous ce point de vue, la médecine, comme je l'ai écrit ailleurs, n'est que la *mécanique,* la *physique* et la *chimie* du corps *vivant.* En effet, dans l'étude des faits de l'ordre dont il s'agit, les médecins vraiment observateurs procèdent avec les mêmes méthodes que les physiciens et les chimistes (1). Ils observent les phéno-

(1) Le calcul lui-même ou la *méthode numérique* rentre, ainsi que les méthodes *physiques* et *chimiques,* dans

mènes, ils en recherchent les lois, et ils s'efforcent de remonter des phénomènes et des lois qui les régissent à la conception des forces générales qui animent les corps de la nature (1), forces qu'on désigne aussi sous le nom de *causes ou de propriétés générales*, de *causes premières*, etc. Quant à ces forces, à ces causes, telles que le principe de la *gravitation* universelle, celui de l'affinité, etc., elles sont, j'en conviens, une simple conception de notre esprit, des *êtres de raison*, comme on le disait autrefois, et leur essence est pour nous un secret impénétrable. L'existence de pareilles causes en tant que substances, ou être réels, est même niée par certains savants, suivant lesquels on ne devrait étudier que les phénomènes et les lois de leur production.

Mais si l'homme, sous le point de vue de sa vie *organique*, pour parler le langage de Bichat, ne présente à l'observateur que des conditions matérielles et dynamiques dont on retrouve les analogues, les semblables dans les corps bruts eux-mêmes à l'état de mouvement, d'*activité*, en est-il ainsi sous le point de vue de cette *vie animale* ou de relation, qui se compose de phénomènes si différents de ceux de la vie *organique* ? Ici la science de l'homme physique se rattache à celle de l'homme moral, la physiologie se rallie à la métaphysique ou à la psychologie. Or, laissant de côté et respectant profondément tout ce qui fait partie de la foi proprement dite, tout ce qui concerne les mystères de la pure *psychologie*, il est certain que nous reconnaissons chez nous-mêmes l'existence des phénomènes de cette vie *sur-ajoutée*, par une forme particulière d'observation, savoir, l'observation *intérieure*, la *conscience*, le *sens interne*; tandis que pour étudier ces mêmes phénomènes et leurs modifications chez les autres, nous empruntons le secours des divers moyens d'expression, et l'*interrogation* proprement dite (1).

Quelque différents que soient les phénomènes moraux et intellectuels des phénomènes physiques, quelle que soit la cause première dont ils supposent l'intervention, quelque soit, en un mot, l'élément spirituel ou psychologique auquel on puisse les rattacher, il est évident qu'ils sont, d'ailleurs, soumis à des conditions organiques appréciables par nos moyens d'observation ou *d'expérimentation* directe, et qu'ils font essentiellement partie du domaine du physiologiste et du médecin.

Ainsi donc, on voit que, tout en faisant rentrer pleinement la médecine dans la classe des sciences d'observations, nous n'en professons pas moins qu'elle n'emploie pas les mêmes instruments d'observation et pour les phénomènes physiques proprement dits et pour les phénomènes psychologiques. On voit que, tout en étudiant les phénomènes intellectuels et moraux comme des fonctions, comme des actes d'un appareil organique (appareil nerveux), nous ne portons aucune atteinte aux croyances psychologiques, matière sur laquelle chacun a le droit de professer librement son opinion. En un mot, nous ne nous occupons spécialement que de problèmes du ressort de l'expérience et de l'observation, et non de ces questions de *foi*, éternellement insolubles par la méthode expérimentale. Or, en se bornant ici à étudier les phénomènes, sans s'inquiéter de leur cause première, on peut, comme l'a très-bien dit Laplace, « *porter dans la théo-* « *rie de l'entendement humain, la même exac-*

les méthodes usitées en médecine *exacte*. J'ai traité assez longuement ce sujet important dans le cours de cet *Essai*, et je regrette de n'avoir pas pu profiter alors de la savante discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie des sciences sur le *Calcul des probabilités*, discussion postérieure à la composition de cet *Essai*. C'est en imposant ainsi à la médecine le frein des méthodes exactes, qu'on la préservera des erreurs dans lesquelles elle est si souvent tombée, et qu'elle s'élèvera à toute la *dignité* dont elle est susceptible.

(1) La méthode la plus sûre qui puisse nous guider dans la recherche de la vérité, consiste à s'élever, par induction, des phénomènes aux lois, et des lois aux forces. (Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités*, p. 258).

(1) La sensibilité, la volonté, la pensée étant des phénomènes qu'on ne peut ni *voir*, ni *toucher*, ni *entendre*, et le sens *interne* qui nous les fait reconnaître chez nous, ne pouvant nous les faire reconnaître directement chez les autres, on demande de quel droit nous en admettons néanmoins l'existence chez ces derniers. Cette question, puérile en apparence, est au fond extrêmement sérieuse. En effet, on admet généralement que l'observation est la source de toutes nos connaissances de fait. Or, c'est un fait pour nous que nos semblables *sentent, veulent, pensent*, bien que ce fait ne nous soit révélé directement par aucune méthode d'observation. Nous ne l'admettons donc réellement que par *induction*, et cependant il ne nous paraît pas moins certain que s'il nous était révélé par voie d'observation directe.

« *titude que dans les autres branches de la* « *philosophie naturelle.* »

Certes, même avec les restrictions précédentes, nous n'espérons pas trouver un assentiment unanime à tous les principes de philosophie médicale que nous avons développés dans cet *Essai.* Toutefois, ce n'est pas cette partie de notre ouvrage qui soulèvera contre nous le plus d'opposition. Il contient trois autres parties qui roulent sur des objets plus féconds encore en discussions ardentes; savoir, 1° une esquisse sur les principales révolutions de la médecine; 2° des généralités sur les causes, la nature, la classification, le traitement des maladies; et 3° un parallèle statistique entre les résultats que nous avons obtenus par la formule des saignées coup sur coup dans le traitement des principales phlegmasies aiguës et ceux obtenus par les méthodes généralement adoptées jusqu'ici.

Ce n'est pas impunément que l'on peut remuer les questions de réformes et de révolutions médicales, agiter par conséquent les intérêts et les passions de ceux qui ont pris une part quelconque aux réformes les plus récentes. Je ne le sais que trop, et c'est là un point de la théorie ou de la philosophie du progrès dont je me suis occupé dans la première partie de cet ouvrage.

Quoiqu'il en soit, je déclare aux lecteurs que, dans tout ce que contiennent les quatre parties de cet essai, je n'ai été inspiré que par un amour sincère de la vérité et de la justice, et que je ne suis animé d'aucun sentiment haineux pour les personnes dont l'intérêt des saines doctrines m'a forcé quelquefois de combattre les opinions.

Quelques-uns me reprocheront, sans doute, d'avoir attaqué, avec trop de chaleur, certaines doctrines, certaines oppositions aux grandes réformes dont la médecine s'est enrichie depuis une vingtaine d'années. A cela je répondrai que j'ai cependant adouci bien des attaques, que j'aurais voulu les adoucir encore davantage, mais que je n'aurais pu le faire sans manquer entièrement le but que je me proposais.

A une époque où le bruit confus de mille voix opposées règne dans le monde médical, on ne peut se faire entendre qu'en parlant un peu haut; à une époque où tant de partis contraires se disputent l'empire de la science, on ne peut prétendre à faire triompher quelques convictions, sans animer un peu les esprits, et les exciter au degré nécessaire pour que les preuves positives sur lesquelles reposent ces convictions puissent produire tout leur effet. Je n'ignore point qu'il est encore ici des bornes qu'il ne faut pas franchir, et je me suis efforcé de me conformer à ce précepte du poète :

Est modus in rebus ; sunt certi denique fines ,
Quos ultrà citràque nequit consistere rectum.

Je ne sais si les hommes impartiaux et éclairés qui voudront bien se mettre en quelque sorte à ma place, blâmeront la manière dont j'ai procédé dans les discussions auxquelles j'ai soumis les doctrines de quelques auteurs; mais je puis affirmer que la franchise, la loyauté, la bonne foi ont toujours présidé à ces discussions, et que je ne me plaindrai jamais de ceux qui discuteront ainsi mes propres opinions (1).

(1) Honte à ceux qui pour combattre leurs adversaires ont recours à la falsification des faits et des opinions! Il m'est bien pénible de dire que quelques écrivains ont attaqué avec une arme pareille les résultats que j'ai obtenus par la formule des émissions sanguines coup sur coup. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à lire un article qui a paru tout récemment dans un journal (*Bulletin de thérapeutique*, avril 1836). Il faudrait la plume de Pascal pour faire bonne justice de ce petit chef-d'œuvre dans l'art d'argumenter par voie de mauvaise foi et de calomnie, si le mépris n'était la meilleure réponse à certaines attaques.

ESSAI SUR LA PHILOSOPHIE

ET LES GÉNÉRALITÉS

DE

LA CLINIQUE MÉDICALE.

ST. MARY'S HOSPITAL RADFORD LIBRARY MANCHESTER.

PREMIÈRE PARTIE.

RÉSUMÉ PHILOSOPHIQUE DES PRINCIPALES ÉPOQUES DE LA MÉDECINE, SUIVI DUN COUP D'OEIL RAPIDE SUR L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS CLINIQUES.

PREMIÈRE SECTION.

ESQUISSE PHILOSOPHIQUE DES PROGRÈS DE LA MÉDECINE (1).

ARTICLE PREMIER.

État de la Médecine depuis Hippocrate jusqu'aux Arabes.

La première origine de la médecine, comme celle de toutes les autres sciences, se perd dans la nuit des temps. Elle date d'une époque bien antérieure à celle d'Esculape lui-même, et, semblable à la source du Nil, le berceau de la science de l'homme malade se dérobe à notre exploration. Citons à cet égard l'opinion de Sydenham et de Baglivi, en commençant par celle du premier de ces deux célèbres observateurs : *Quemadmodùm a naturâ ità comparata est humani corporis fabrica, ut nec præ jugi particularum fluxu sibi semper constet, nec præ externarum rerum vi sui juris ubique permanant, undè multiplex ægritudinum cohors terris ab omni ævo incubuit; sic procul omni dubio à multis jàm sæculis antè natum non* GRÆCUM *modo, sed (qui mille annis hunc antecedit)* ÆGYPTIUM ÆSCULAPIUM, *hominum ingenia investiganda medelæ necessitas exercuit. Etprofecto, ut quis primus ædificiorum aut vestimentorum usum ad depellendam cœliinclementiam instituit, nemo facilè dixerit, ita et* ARTIS MEDICÆ *natales, ut Nili fontem, indigitare nequimus* (1).

Voici maintenant les paroles de Baglivi :

Necessitas medicinam invenit, experientia perfecit; quæ quidem primâ ætate rudis erat, ac stupida; progressu vero temporis, accedentibus in dies novis observationibus, sibique mutuo facem quasi præferentibus, cunctâ præsertim regenti ac moderante rationis lumine, liberalis facta est et erudita.

Comme le dit très-bien le médecin de Rome, la Médecine, fille du temps, de l'observation, de l'expérience et de la raison, parcourt, à l'instar des individus, divers âges, subit de nombreuses évolutions, et n'arrive à son complet développement qu'après avoir passé par un véritable état d'enfance. Cette vérité est devenue, de nos jours, tellement évidente, j'ai presque dit si banale, qu'il serait superflu d'y insister plus longuement. Quoi qu'il en soit, laissant de côté la prétendue origine divine et les temps fabuleux de la médecine, nous allons passer rapidement en revue ses ères historiques les plus remarquables.

Nous n'avons guère de monuments qui puissent nous donner une juste idée de l'état de la médecine chez les Égyptiens, ces premiers instituteurs des nations. Il paraît seulement qu'elle y fut cultivée avec ardeur ; et, s'il faut en croire Pline, les rois eux-mêmes pratiquaient l'ouverture des cadavres, pour y rechercher les traces des maladies. : *Ab regibus quoque corpora mortuorum ad scrutandos morbos insecabantur.*

Les Grecs transportèrent chez eux et s'appro-

(1) Pour des détails plus étendus sur ce sujet, nous renvoyons le lecteur à la troisième édition de l'ouvrage de M. Broussais, intitulé : *Examen des doctrines médicales.*

(1) *Th. Sydenham opera omnia; præf.*

prièrent les connaissances médicales de l'Egypte, comme, d'ailleurs, les autres connaissances alors répandues dans ce premier foyer des lumières de la civilisation.

Hippocrate est généralement considéré comme le véritable créateur de la médecine, *medicorum Romulus*, pour nous servir d'une expression favorite de Sydenham. Ce grand observateur à qui la postérité décerna le nom de divin (*divus Hippocrates*), ainsi qu'à Platon, son contemporain et son compatriote, est le plus auguste représentant de la médecine des temps anciens, et son règne a duré jusqu'à l'époque fameuse où s'accomplit le grand phénomène de la chute de l'empire romain. A la renaissance des sciences et des arts, la médecine hippocratique fut, pour ainsi dire, *restaurée*, et pendant un certain temps domina de nouveau dans les écoles. Mais n'anticipons pas sur des événements dont nous parlerons plus loin.

Malheureusement pour le divin vieillard, le champ sur lequel son puissant génie observateur s'exerçait, était trop étroit. Privé du flambeau de l'anatomie et de la physiologie positives, dépourvu de connaissances physiques et chimiques précises, Hippocrate dut condamner ses hautes facultés à l'observation de certains phénomènes extérieurs des maladies, et à la détermination du rôle que jouaient certains modificateurs dans la production de ces mêmes maladies. On sait que les préjugés religieux de son époque ne lui permettaient pas d'ouvrir les cadavres, que, par conséquent, le *corps* des maladies intérieures lui échappa complètement, et qu'il ne put, en quelque sorte, étudier que le reflet, l'ombre de ces maladies.

Hippocrate attachait, d'ailleurs, un grand prix aux méthodes d'exploration. Pouvoir explorer, dit-il, est, à mon avis, une grande partie de l'art. Et tel était son génie explorateur, qu'il avait déjà essayé, je n'ose dire découvert, la méthode de la *succussion* et même celle de l'*auscultation*, pour le diagnostic des maladies de la poitrine. C'est Laënnec lui-même qui a rappelé à notre souvenir les passages oubliés, dans lesquels Hippocrate a proposé ces deux modes d'exploration. Voici celui relatif à l'auscultation, qui se trouve dans le traité *de morbis*, à l'occasion des signes distinctifs entre l'hydrothorax simple et les épanchements purulents. « *Vous connaîtrez par-là que la poitrine contient de l'eau et non du pus, et si, en appliquant l'oreille pendant un certain temps sur les côtés, vous entendez un bruit semblable au frémissement du vinaigre bouillant.* »

Vingt siècles devaient s'écouler avant que cette idée d'Hippocrate fût inventée pour ainsi dire une seconde fois, et merveilleusement fécondée par le génie de Laënnec.

Le père de la médecine nous a laissé un grand nombre d'ouvrages où brille un talant supérieur dans l'art de décrire les phénomènes qui tombent immédiatement sous les sens, et d'analyser l'influence de quelques agents extérieurs, tels que l'air, les aliments, etc., dans le développement des maladies. Ses remarques sur la *puissance médicatrice de la nature*, sur les *jours critiques*, sur les *signes pronostics*, ont, dans tous les siècles, excité l'admiration des vrais observateurs. Ses *aphorismes* ont été cités pour la plupart comme des articles de foi médicale. Toutefois, les temps sont déjà bien loin de nous, où toutes les sentences d'Hippocrate pouvaient être considérées comme autant d'oracles.

« Avoir une estime sentie pour Hippocrate, rendre hommage à sa supériorité, le regarder comme le vrai fondateur de la médecine d'observation, ce n'est point croire qu'il a tout vu, tout observé ; ce n'est point adopter servilement tout ce qui a été publié sous son nom, ni admettre aveuglément toutes ses opinions et ses principes dans le traitement des maladies. Que d'objets ont échappé à sa sagacité ! que de propositions trop générales à modifier et à restreindre ! Combien la médecine ne s'est-elle point enrichie par les travaux successifs de ceux qui l'ont exercée dans tous les âges avec un jugement sain et des principes solides !... »

Ces paroles de l'auteur de la *Nosographie philosophique* ne sauraient être trop méditées. Elles répondent à ces modernes *hippocratistes* pour qui le progrès consiste à marcher à reculons, et qui voudraient faire rétrograder la médecine de vingt siècles.

Quoi qu'il en soit, les meilleurs, les légitimes ouvrages d'Hippocrate sont ainsi intitulés : *Aphorismi ; liber Prænotionum ; liber primus et tertius Epidemiorum ; de Aere, Locis et Acquis.*

Passons aux successeurs d'Hippocrate.

Asclépiade essaya d'appliquer à la médecine la physique et la mécanique de son temps, et fut le créateur de la médecine *atomistique*.

Environ un siècle après, Thémison fonde son fameux système du *strictum* et du *laxum*, véritable brownisme de cette époque reculée.

A l'époque où Celse écrivit son traité *de re medicâ*, c'est-à-dire un demi-siècle après la naissance de Jésus-Christ, déjà, comme aujourd'hui, les médecins se partageaient en trois sectes bien distinctes, dont cet élégant écrivain expose avec une clarté et une précision remarquables, les diverses opinions.

L'une est celle des *dogmatistes*, qui, tout en admettant la nécessité de l'observation hippocratique, pensent que les principes de nos corps, la structure des parties, les causes, soit cachées, soit manifestes des maladies, doivent être connus des médecins. Cette secte était la continuation de Thémison, auteur du système *dichotomique*, célèbre sous le nom

de *strictum* et *laxum*. La seconde est celle des *empiriques*, qui, pour éviter l'abus qu'on avait fait du raisonnement, tombant dans l'excès opposé, soutiennent qu'on ne doit s'attacher qu'aux résultats simples de l'observation et de l'expérience. La troisième secte, sorte de juste-milieu ou d'éclectisme de cette époque, est connue sous le nom de secte des méthodistes. « Les divisions entre les « dogmatistes et les empiriques donnent lieu, dit « Pinel, à la secte des méthodistes, qui prennent le « MILIEU entre les deux sectes rivales, mais qui, « pour se distinguer par une innovation remar- « quable, réduisent les maladies à trois classes « générales, suivant l'état de constriction ou de « relâchement des solides : *strictum, laxum et* « *mixtum.* » Loranus, d'Éphèse, met la dernière main au système des méthodistes, et tous les critiques considèrent ce médecin comme le véritable auteur des écrits publiés sous le nom de *Cœlius Aurelianus*.

Arétée, de Cappadoce, a été placé au rang des éclectiques. Il s'est rapproché, autant et plus que qui que ce soit, d'Hippocrate. Ses ouvrages sont ceux d'un observateur profond et méthodique. Sa description de la phthisie a été citée d'âge en âge comme un modèle, un chef-d'œuvre de *nosographie* proprement dite. En effet, elle annonce un grand peintre, et considérée pour l'époque où elle parut (1), elle est digne de tous les éloges qui lui ont été accordés.

Cinq siècles après Hippocrate, parut Galien, qui partage avec lui la gloire d'avoir régné pendant plusieurs siècles dans toutes les écoles de médecine. Doué d'une rare capacité, d'une imagination brillante, il discuta, commenta les doctrines de ses prédécesseurs et celle d'Hippocrate en particulier. Il se fit distinguer, comme praticien, par un luxe de formules tel, que plus tard *galénisme* et polypharmie devinrent des mots synonymes.

Les écrits de Galien sont très-nombreux. Quelques-uns prouvent que cet illustre médecin possédait des connaissances anatomiques qui manquaient à Hippocrate. Il se perdit dans un déluge d'explications stériles, fournies pour la plupart par une application malheureuse de la philosophie d'Aristote à la médecine.

Cœlius Aurelianus, Oribase, Alexandre de Tralles et Paul d'Egine soutinrent l'honneur de la médecine Hippocratique et Galénique, mais ne la développèrent, ne l'agrandirent pas assez pour devoir être placés ailleurs que parmi les compilateurs.

Déjà l'horizon de la médecine commence à s'obscurcir ; bientôt les ténèbres s'épaississent, et comme toutes les autres sciences naturelles, la médecine reste en quelque sorte suspendue au milieu de sa course. Elle est réduite à un empirisme, et son exercice est confié au clergé.

(1) On ignore dans quel siècle précis Arétée a vécu ; on ne sait même pas, d'une manière certaine, dans quel lieu il a exercé la médecine.

ARTICLE II.

État de la Médecine du VIIIe au XVIIe siècle.

La longue barbarie qui, sous le nom de moyen-âge, régna dans toute l'Europe, après la chute de l'empire romain avec lequel s'écroula pour ainsi dire l'édifice de l'ancienne civilisation, ne permit pas à la médecine de s'enrichir de grandes découvertes.

Cependant, du sein de ce moyen-âge, si sévèrement jugé par quelques auteurs, devait naître une nouvelle société bien supérieure, sous le point de vue scientifique du moins, à celle qui venait de s'éteindre. C'est du moyen-âge, c'est de ses fécondes entrailles que sont issues ces mâles générations qui devaient un jour découvrir l'imprimerie, la *boussole*, le *mouvement* de la terre, le système de la *gravitation*, la *circulation* du sang, et un nouveau monde *physique* tout entier, qui régénérèrent le monde moral et reformèrent à la fois et la science et la politique et la religion. Ce grand enfantement d'une nouvelle civilisation ne s'accomplit, il faut en convenir, qu'au milieu de sanglantes discussions et d'horribles convulsions. Mais cessons d'accuser une époque dont nous sommes les descendants, car il ne faut pas oublier que, pour les générations comme pour les individus, c'est un devoir de ne pas flétrir la mémoire de leurs pères. Plus on étudiera philosophiquement la période du *moyen-âge*, plus on se convaincra qu'elle remplit sa mission aussi dignement que les époques subséquentes accomplirent la leur, et qu'elle ne diffère de celles-ci réellement qu'en ce qu'elle est née avant elles.

Vers le VIIIe siècle, l'astre de la médecine, trop long-temps éclipsé, commence à reparaître. Les arabes fondent à Cordoue une école qui devait plus tard donner naissance à la célèbre école de Salerne (vers le commencement du XIe siècle), et à celle de Montpellier (vers la fin du XIIe siècle). Hali-Abbas, Rhazès, Avicenne, Avenzoar, Averrhoès, Albucasis doivent être considérés comme les pères ou les représentants de la médecine arabe. Les ouvrages de ces arabistes ne sont, au reste, que d'indigestes compilations des anciens, hérissées d'explications *galéniques* et *péripatéticiennes*. Faisons néanmoins une exception en faveur de quelques pages de Rhazès sur la petite vérole, où l'on voit briller, avec plaisir, l'esprit de saine observation.

Quoiqu'il en soit, c'est à la Faculté de médecine de Paris qu'appartient l'honneur de la restauration définitive de la médecine grecque. Dès le XIIe siècle, elle alla puiser dans la bibliothèque de l'école de Cordoue, les auteurs originaux, précieux débris qui, après avoir échappé à l'incendie de la bibliothè-

que d'Alexandrie, arrivé vers le milieu du VIIe siècle, furent probablement transportés à Cordoue par les Arabes.

Dans les XIV et XVe siècles, on vit se calmer un peu les orages au milieu desquels la civilisation nouvelle se constitua : sur l'horizon de l'Europe on vit luire, avec un éclat nouveau, l'astre scientifique, et l'esprit d'observation se dégager de la longue obscurité dans laquelle il était resté plongé. Les découvertes en divers genres naissent et se multiplient de toutes parts.

Affranchis d'absurdes préjugés, les médecins de quelques contrées de l'Europe purent enfin interroger les cadavres. Un nouveau monde se découvrit en quelque sorte aux observateurs. L'anatomie et la physiologie s'organisent.

Alors ce ne fut pas seulement l'art d'observer qui fit de nouvelles conquêtes, mais aussi l'art de répandre, de disperser, de propager les livres dans lesquels étaient consignés les résultats des observations. En effet, c'est vers la fin du XVe siècle, qu'eut lieu la *divine* découverte de l'imprimerie, de cet art qui donne en quelque sorte des ailes au commerce sublime des produits de la pensée ; qui anime pour ainsi dire la matière elle-même et lui enseigne l'écriture. C'est ainsi que plus tard l'emploi de la force élastique de la vapeur et l'usage des chemins de fer donneront aussi des ailes aux produits matériels de l'industrie, et abrégeront en quelque sorte l'espace et le temps en augmentant la rapidité du mouvement.

Restaurée dans l'Université de Paris, la médecine grecque ou l'observation ne fit d'abord que des progrès très-lents. Le temps n'était pas encore venu pour cette université de s'élancer dans la voie large et féconde des découvertes, et de refaire en quelque sorte les sciences qu'elle enseignait. « Les ouvrages des anciens, dit d'Alembert, commençaient à être communs, et on croyait n'avoir qu'à lire pour devenir savant, aussi on dévora sans distinction tout ce que les anciens nous avaient laissé, on les traduisit, on les commenta, et par une espèce de reconnaissance, *on se mit à les adorer* sans connaître à beaucoup près ce qu'ils valaient. » (*Discours préliminaire de l'Encyclopédie.*)

Vers le commencement du XVIe siècle, le galénisme régnait encore assez despotiquement dans les écoles, lorsqu'apparut dans le monde médical l'astre fameux de Paracelse. Doué d'une impétuosité d'esprit peu commune, d'une ardeur incroyable d'imagination et d'un instinct irrésistible de réforme, Paracelse déploie un nouveau drapeau ; autour de lui se range une secte nombreuse, et la guerre est désormais déclarée à cette ancienne médecine dont le galénisme s'était constitué le représentant.

A Dieu ne plaise que nous cherchions à ressusciter ni même à excuser complètement les rêveries des *paracelsites* (1), et l'astrologie, et les talismans, et la cabale ! mais nous croyons qu'en donnant ainsi le signal d'une grande révolution médicale, Paracelse n'a pas laissé un nom tout-à-fait sans gloire. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première ni la dernière fois qu'on n'éleva rien de solide sur les débris de ce qu'on avait justement et légitimement renversé.

Un philosophe qu'on n'accusera point d'un génie d'exaltation, Montaigne, a dit formellement que Paracelse avait changé et renversé la médecine grecque. Pinel, il est vrai, soutient que cette assertion ne repose sur aucun fondement réel. Sans doute, Paracelse n'a pas renversé les dogmes d'*observation* que nous ont légués les médecins grecs ; mais ce n'est pas ainsi, ce nous semble, qu'il faut entendre l'assertion de Montaigne. Elle signifie seulement que de Paracelse date une ère nouvelle pour la médecine, et sous ce point de vue, elle est d'une rigoureuse exactitude. Au reste, ceux qui voudront assister pour ainsi dire en idée à ce combat de l'école des *paracelsites* contre les *galénistes* et les *aristotéliciens*, pourront lire l'ouvrage de Sennert, intitulé : *de chimicorum cum aristotelicis et galenicis consensu et dissensu*, publié à Wurtemberg, en 1629.

En 1617, Harvey s'immortalise par la découverte de la circulation du sang. La méthode expérimentale est généralement introduite dans les sciences naturelles.

C'est vers le milieu de ce siècle que parut Van-Helmont, auteur d'un système de médecine qui porte le nom d'*archéisme*.

L'ARCHÉE de Van-Helmont est un principe immatériel distinct de l'ame, qui a sous son empire tous les phénomènes de la vie, soit en santé, soit en maladie. Non-seulement chaque être vivant avait, selon Van-Helmont, son *archée* ou son génie propre, mais chacun des organes avait aussi son archée particulier, lequel était toutefois d'un ordre inférieur à l'archée suprême, sorte de jupiter olympien, qui, de l'orifice cardiaque où il avait établi le siége de son empire, gouvernait tout l'ensemble du *petit monde* (2).

L'archée est doué de volonté et d'intelligence :

(1) Paracelse se fit surtout remarquer par une application de la chimie et de la physique grossières de son temps à la médecine. Il divisa toutes les maladies en cinq classes : 1° *ens dei*, maladies qui viennent de Dieu; 2° *ens astrale*, maladies qui viennent des astres ; 3° *ens naturale*, maladies qui proviennent du vice de la nature ; 4° *ens pagoïcum*, maladies d'imagination et par enchantement ; 5° *ens veneni*, maladies qui dérivent d'une matière vénéneuse, soit interne, soit externe.

(2) Paracelse s'était servi du mot *archée* avant Van-Helmont, et avant Paracelse ce mot avait été créé par Basile Valentin. *Archée* signifie à la fois *principe, commencement, commandement, primauté.*

il s'effraie, il éprouve des accès de colère, etc. C'est même dans les émotions et les souffrances de l'archée que Van-Helmont trouve la cause prochaine des maladies. Prenant la fièvre pour exemple, il fait remarquer que les causes de cette maladie sont toutes plus propres à offenser l'archée qu'à déranger la structure des parties. La période du froid provient de la frayeur de l'archée, etc.

Quant à l'inflammation, elle est due à une irritation qui attire le sang, et que Van-Helmont désigne métaphoriquement sous le nom d'*épine;* de là, cette célèbre expression d'*épine de Van Helmont.*

A ses mystiques considérations sur l'archée, Van-Helmont, ainsi que nous l'avons déjà noté, mêla les grossières notions de physique, de chimie et d'anatomie qui avaient cours à son époque.

Adaptée à sa théorie *physiologique*, la thérapeutique de Van-Helmont, est, comme on le devine aisément, fort bizarre. Calmer l'archée, le stimuler, en régulariser les mouvements, voilà le fond des *indications;* et comme l'archée était un être intelligent, on conçoit qu'on pouvait avoir prise sur lui par l'imagination et certaines paroles en quelque sorte sacramentelles. C'est ainsi que du *mysticisme physiologique,* on passe inévitablement au *mysticisme thérapeutique.*

Van-Helmont avait pour la saignée une répugnance *historique,* moyen qui, disait-il, diminuait la masse de l'esprit vital, dont le sang était le réservoir. Il paya cher son horreur pour la saignée, s'il est vrai, comme le rapporte Guy-Patin, qu'il mourut frénétique, pour n'avoir pas consenti qu'on le saignât dans une pleurésie violente dont il fut atteint (1).

On ne crut pas longtemps (si jamais on y crut bien fermement) à la fable, à la vraie *mythologie* physiologique de Van-Helmont. A cette sorte de *paganisme,* Stalh susbtitua la théorie de l'*animisme,* qui, au fond, ne valait guère mieux. Aussi cette nouvelle *croyance* dont nous parlerons plus bas, n'eut-elle pas un long règne, et céda la place au vitalisme proprement dit, tel que les Barthez, les Chaussier et Bichat lui-même le développèrent plus tard.

Article III.

État de la Médecine pendant la fin du XVIIe siècle et pendant le XVIIIe.

Sur la fin du XVIIe siècle, et au commencement du XVIIIe, apparaissent comme deux nouvelles lumières de la médecine d'observation, et Sydenham, l'*Hippocrate* anglais, et Baglivi, l'*Hippocrate* romain. Laissant de côté les théories prématurées des Paracelse et des Van-Helmont, ils imprimèrent un nouveau mouvement à la description des signes des maladies et perfectionnèrent l'étiologie ainsi que le traitement de plusieurs d'entre elles.

Le premier de ces deux célèbres observateurs, bien digne, en effet, d'avoir été surnommé l'*Hippocrate anglais,* est un des plus grands peintres que possède la médecine. Il est en même temps un des hommes qui, les premiers, ont recommandé l'usage des systèmes ou des classifications méthodiques en médecine. Il dit expressément, 1° que les médecins doivent apporter à la classification des maladies le même soin qu'apportent les botanistes à la classification des plantes; 2° qu'en écrivant l'histoire des maladies, il faut faire abstraction de toute hypothèse philosophique, et noter avec la plus grande fidélité les phénomènes évidents et naturels des maladies, même les plus *petits,* comme ces peintres qui, dans leurs portraits, conservent les taches, les marques les plus légères de l'original; 3° qu'il importe de bien observer les saisons de l'année qui favorisent le plus l'apparition de chaque genre de maladie (1). Il ajoute :

« *Sentio autem nostræ artis incrementum in his* « *consistere, ut habeatur* historia, *sive omnium* « *morborum descriptio, quoad fieri potest, graphica* « *et* naturalis; praxis, *seu methodus circà eosdem* « stabilis *ac* consummata... »

Pendant quinze années consécutives, Sydenham se livra sans relâche à l'observation attentive des maladies, soit stationnaires, soit intercurrentes, et il fit subir une véritable révolution au traitement de plusieurs maladies aiguës. Chose étrange! après avoir dit qu'on ne saurait trop admirer Sydenham, en tant que simple historien des maladies, l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique* continue ainsi : « Sa pratique est bien loin de mériter les « mêmes éloges : et comment concilier avec les « principes éternels de la *force médicatrice de la* « *nature,* ce qu'il dit au sujet du traitement de la « pleurésie, qui, suivant lui, ne peut être guérie « dans un adulte, qu'en lui faisant perdre quarante « onces de sang par des saignées successives (2)? » A l'époque médicale où il écrivait ce passage, époque où la *méthode expectante* était en grand hon-

(1) Il est difficile d'ajouter foi entière au récit de Guy-Patin, puisque François Mercurius, fils de Van-Helmont, déclare que son père mourut en pleine connaissance, après l'avoir chargé du soin de publier ses écrits.

(1) Non inficior, *dit-il,* nonnullos morbos esse omnium horarum; alii tamen, nec pauciores, occulto quodam naturæ instinctu, annorum tempora, non secus quàm quædam aves aut plantæ, sequuntur, etc.

(2) Il lui reproche surtout durement d'avoir adopté les idées de Botal sur l'article des larges émissions sanguines dans le traitement de la peste elle-même. En dernier ressort, la mémoire de Sydenham n'aura point à souffrir de cette espèce de solidarité.

neur, Pinel ignorait que ce qu'il condamnait dans la pratique de Sydenham, était peut-être son plus beau titre à la reconnaissance de l'humanité; il ignorait qu'un jour viendrait où la méthode de Sydenham, poussée plus loin qu'il n'avait osé le faire de son temps, devait donner des résultats tels, que la mortalité dans les maladies aiguës de l'espèce de la pleurésie diminuerait de moitié, ainsi que nous l'avons prouvé numériquement ailleurs, et comme nous le prouverons encore dans un autre endroit de cet Essai.

Il est fâcheux que Sydenham ait été complètement privé des précieuses données fournies par l'ouverture des cadavres, et que cet illustre observateur n'ait pas eu l'hôpital pour théâtre de ses recherches.

On peut lui reprocher d'avoir émis, dans ses considérations, d'ailleurs si belles, sur les constitutions médicales, quelques idées peu exactes, et d'avoir, par exemple, exagéré l'influence qu'exercent certaines *conditions occultes* sur le traitement des maladies épidémiques qu'il appelle *stationnaires* (*stationariæ*) (1). Toutefois il a été bien moins loin que certains modernes, qui ont transporté aux maladies intercurrentes elles-mêmes, et non sans l'exagérer encore, ce qu'avait dit Sydenham de la nécessité de modifier sa pratique selon les constitutions. C'est là cependant un véritable contre-sens, puisque Sydenham reconnaît positivement que les maladies épidémiques *stationnaires* ne dépendent pas, comme les intercurrentes, d'une *constitution* caractérisée par telle ou telle qualité de l'air, mais d'une *constitution due à une sorte d'altération cachée et inexplicable survenue dans les entrailles mêmes de la terre* (2).

La doctrine de Baglivi ne diffère pas essentiellement de celle de Sydenham. Comme ce dernier, il se constitue le disciple de l'école hippocratique. Il proclame que l'*observation et la raison sont les deux pivots sur lesquels roule la médecine tout entière*. Il a entrevu l'influence que l'*inflammation des intestins et du mésentère* exerçait sur le développement de certaines fièvres, qu'il appelle même *mésentériques*, et il a fait de curieuses expériences pour prouver que la fièvre, considérée en elle-même, résidait dans le système sanguin. Enfin, il s'est élevé, avec Sydenham, contre la méthode *échauffante* dans les fièvres dites *malignes*.

C'est aussi au commencement du XVIIIe siècle, que parut Boerhaave dont l'école s'étendit dans toutes les contrées de l'Europe.

« Brillant de génie, Boerhaave se laissa éblouir « par un système qui éblouit aussi tous les esprits « de son siècle, et qui fit, dans les sciences physiologiques, une révolution que je compare à « celle qu'opérèrent, dans les sciences physiques, « les tourbillons de Descartes. Le nom célèbre de « son auteur, l'ensemble séduisant de ses dehors, « assurèrent à cette révolution un empire qui ne « s'écroula que lentement, quoique sapé de toutes « parts dans ses bases mal assurées. »

C'est ainsi que l'auteur de l'*Anatomie générale* s'exprime sur le compte de Boerhaave. Nous verrons plus loin ce qu'il mit à la place des théories boerhaaviennes.

Pinel dit qu'on a justement reproché à Boerhaave d'*avoir abusé, en pathologie, des raisonnements pris de la mécanique* (1).

(1) « Hoc saltem pro comperto habeo ex multiplici accuratissimarum observationum fide, prædictas morborum « species, præsertim febres continuas ita toto, ut aiunt, « cælo differre, ut quâ methodo *currente anno* ægrotos « liberaveris, câdem ipsâ *anno jàm vertente* forsitan è medio tolles : quodque, ubi semel in genuinam medendi « rationem, quam hæc vel illa febris species vindicat, auspicatò inciderim, ad eundem scopum collimans (favente, « ut fit, optimo numine) metam quasi semper attingam...., « donec extinctâ illâ specie novoque gliscente malo, anceps rursum hæreo, quâ mihi viâ insistendum ut ægris « subveniam, ac proindè nisi ingenti adhibitâ cautelâ, intentisque omnibus animi nervis *vix ac ne vix quidem* « *possum efficere ne unus aut alter eorum, qui se primi* « *meæ curæ commiserint, vitâ periclitetur,* donec investigato jugiter tandemque perspecto morbi genio, ad eundem perdomandum recto pede et intrepidus denuo procedam. »

(2) « Variæ sunt nempe annorum constitutiones, quæ « neque calori, neque frigori, non sicco humidove ortum « suum debent, sed ab occultâ potiùs et inexplicabiliquâdam alteratione in ipsis terræ visceribus pendent. »

Voici maintenant ce que dit Sydenham des causes des maladies intercurrentes. « Præ cœteris tamen ejusmodi febres, quæ omnibus in universum annis competunt (quas « ideò *intercurrentes* voco), ab hoc illove manifesto aeris « temperamento ortum ducunt; verbi gratiâ, pleuritis, angina, et reliquæ ejusdem farinæ, *quæ à subito calore,* « *intensius ac diuturnum frigus statim excipiente, plerumque invadunt.* »

(1) Pinel adresse le même reproche à Sauvages, dont la nosologie est un véritable chaos, plutôt qu'un système *méthodique*, bien que son auteur lui ait donné ce titre.

Il ajoute, à tort, que les principes des sciences exactes ne peuvent être nullement appliqués à l'histoire et au traitement des maladies, et s'appuie sur l'autorité de d'Alembert. Il reconnaît néanmoins l'utilité des recherches de Borelli sur la mécanique animale (*de motu animalium*) et des théories physico-mathématiques de la vision et de l'ouïe. Au reste, tout en mettant en doute si Boerhaave doit *occuper un des premiers rangs en médecine et être placé sur la ligne des inventeurs, il lui reconnaît un talent pour l'observation porté au plus haut degré, et dit qu'il offre un modèle de méthode descriptive et d'une exactitude sévère dans l'exposition des faits*. Pinel fait ici allusion au récit de deux cas fait avec détail par Boerhaave, et dont l'un est, si je ne me trompe, relatif à une rupture de l'œsophage.

Corvisart juge avec moins de sévérité, disons mieux, avec plus de justice, le grand professeur de l'école de Leyde.

« Les erreurs de l'immortel Boerhaave, dit-il, « sont celles d'un grand génie, en dépit de ses « détracteurs. » Il ajoute que : « la médecine a « fait sans doute de grands progrès depuis le com- « mencement du XVIIIe siècle où Boerhaave « régnait avec une célébrité sans seconde, jus- « qu'à la fin du même siècle ; mais qu'il ne faut « pas, comme il l'a entendu faire, blâmer Boer- « haave de n'avoir pas deviné, il y a soixante-dix « ans, ce qu'on croit savoir aujourd'hui. » (*Trad. des Aphor. de Stoll.*)

Ce jugement de Corvisart nous paraît conforme à l'équité à la fois et à la saine philosophie. Accuser Boerhaave d'avoir appliqué les sciences physiques et mathématiques à la médecine, est, en principe, le fait d'une bien mauvaise logique. Ce n'est pas pour les avoir appliquées, mais pour les avoir *mal* appliquées, qu'il faudrait attaquer Boerhaave. Sans doute, sa théorie mécanique de l'inflammation, le fameux système de l'*obstruction*, était fondée sur des hypothèses. Si les expériences et les observations le démentaient, il fallait le rejeter, mais non pour cela proscrire, d'une manière absolue, la mécanique du domaine de la médecine. Au reste, ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question, et nous allons parler d'un autre médecin célèbre, dont l'école disputa à celle de Boerhaave l'empire de la médecine : il s'agit de Stahl, le créateur de l'*animisme*.

Voici comment en parle Bichat, dans la préface de son *Anatomie générale*.

« Moins brillant que profond, riche en moyens qui convainquent, quoique dépourvu de ceux qui séduisent, Stahl forma pour les sciences physiologiques une époque plus digne de remarque que celle de Boerhaave. Il sentit la discordance des lois physiques avec les fonctions des animaux : c'était le premier pas pour la découverte des lois vitales ; il ne fit pas cette découverte. L'ame fut tout pour lui dans les phénomènes de la vie ; c'était beaucoup de négliger l'attraction, l'impulsion, etc. Stahl sentit ce qui n'était pas le vrai ; le vrai lui-même lui échappa.... Les ouvrages de Stahl offrent bien l'avantage réel de négliger tous ces prétendus secours accessoires (ceux fournis par les sciences physiques), qui écrasent la science en voulant la soutenir, mais comme ce grand médecin n'avait point analysé les propriétés vitales, il n'a pu présenter les phénomènes sous leur véritable aspect ».

Pinel admire aussi la *fierté* du génie de Stahl, qui s'élance hors des routes battues, et il se plaint seulement de l'âpreté de son style *tudesque*. Nous pensons qu'il y a quelque chose à rabattre des éloges accordés au système de l'auteur de la *vraie théorie de la médecine* (*theoria medica vera*). En effet, dans ce livre si vanté, on trouve une foule de propositions qui sont en flagrante contradiction avec les principes d'une saine philosophie médicale.

Professeur de médecine, de chimie et d'anatomie, Stahl propose de bannir de la médecine, comme inutiles et même dangereuses, la physique, la chimie et l'*anatomie elle-même*. La vraie théorie médicale, dit-il, s'occupe de l'étude des mouvements vitaux, mais s'inquiète fort peu de la théorie physique, de la figure des atomes, de la proportion des éléments inertes et de la structure des organes.

Pour se conformer à cette règle de philosophie newtonienne, qui défend de multiplier les forces à l'infini, Stahl croit devoir rapporter tous les phénomènes de l'économie vivante à un seul principe, à une seule force, qu'il désigne sous le nom *d'ame*. C'est l'ame qui préside à la génération, et qui se construit en quelque sorte son corps ; c'est elle qui nourrit ce corps, répare et régénère toutes les parties. Les mouvements appelés *toniques*, sont placés eux-mêmes sous le suprême empire de l'ame.

Le principe fondamental sur lequel repose tout le système de Stahl, le pivot autour duquel tourne sa théorie, est emprunté à la philosophie de Descartes et de Malebranche, alors en grande faveur, et suivant laquelle l'*état de la matière est essentiellement passif. Le corps*, en tant que corps dit Stahl, *n'a pas la force de se mouvoir, et il doit toujours être mis en mouvement par des substances immatérielles, et tout mouvement est un acte immatériel et spirituel.*

Appliquant sa *physiologie* à la médecine, Stahl définit la maladie ainsi qu'il suit : *verum generalissimum subjectum ægritudinum est perturbata idea regiminis ipsius œconomiæ animalis.* C'est du combat qui s'établit entre les *efforts* des causes morbifiques et la *résistance* de l'*ame*, que naissent les phénomènes morbides.

Comme il avait une grande confiance dans l'*autocratie* de l'ame, Stahl fut un praticien peu *actif*, un médecin temporisateur, et il écrivit un livre sur la médecine expectante (*ars sanandi cum expectatione*). Il n'est pas, comme Van-Helmont, une sorte d'ennemi juré de la saignée, bien qu'il recommande d'en user avec une grande sobriété. Il la conseille dans les fièvres, attendu que dans ces maladies, selon lui, l'*ame a en vue de délivrer le corps du sang superflu.*

Le système de Stahl n'est autre que celui de Van-Helmont, sous une forme nouvelle. Il trouva de nombreux antagonistes dès son origine, et fut attaqué spécialement par Fréd. Hoffmann, professeur à la même université que Stahl (1).

Né du naturisme d'Hippocrate et de l'archéisme

(1) Comme la *théorie* d'Hoffmann est à peu près exactement la même que celle de Boerhaave, j'ai cru pouvoir la passer sous silence.

de Van-Helmont, l'*animisme* engendra à son tour le système du *vitalisme* dont nous aurons à nous occuper tout-à-l'heure. Delà même ce pompeux éloge que Bichat fait de Stahl, éloge qui doit nous étonner un peu, quand on réfléchit, d'une part, que Stahl a proscrit l'anatomie elle même du domaine de la médecine et, d'autre part, que Bichat a si heureusement et si largement fécondé la médecine par l'application de l'anatomie. Dans ce que nous dirons plus loin du *vitalisme*, on trouvera la réfutation de ce qu'il y avait d'*exagéré* et de faux dans le système de Stahl.

Il est cependant bon de signaler dès à présent une grave contradiction de Stahl. Nous avons vu qu'il avait posé en principe que la matière est *passive*, et que le corps ne peut être mis en mouvement que par l'intervention de substances immatérielles, parmi lesquelles il place le principe qu'il admettait sous le nom d'*ame*. Eh bien, pressé plus tard par les objections de Leibnitz, Stahl, infidèle à ses principes, déclare qu'il accorde à l'ame l'*étendue* et la *matérialité*, et qu'il n'attend l'immortalité que de la grâce divine. C'est ainsi que Stahl détruit d'une main l'édifice qu'il avait élevé de l'autre, et qu'il *matérialise*, pour ainsi dire, la psychologie, après avoir *spiritualisé* la physiologie. Mais c'est trop s'arrêter sur ces stériles et oiseuses discussions.

Il est temps de voir comment le XVIIIe siècle, si fameux dans l'histoire des progrès de l'esprit humain, agrandit et perfectionna les connaissances médicales que lui avaient léguées les siècles précédents. Stahl nous offre une transition naturelle du XVIIe au XVIIIe siècle, puisqu'il appartient à la fois et à la fin du premier et au commencement du second de ces deux siècles.

Deux des plus grands médecins de l'époque que nous allons parcourir, sont, sans contredit, Haller et Morgagni.

Haller est le premier qui ait donné à la physiologie la forme expérimentale adoptée dans l'étude des autres sciences physiques. On connaît les beaux travaux de cet illustre expérimentateur sur la sensibilité et l'irritabilité. Selon Bichat. « En bornant l'une au système nerveux, l'autre au système musculaire, ce grand homme ne les considéra point sous leur véritable point de vue; il en fit presque des propriétés isolées. » Il y aurait beaucoup à dire sur ce sujet, mais cela nous entraînerait trop loin. D'ailleurs, nous verrons plus bas la théorie de Bichat sur les propriétés vitales.

On peut considérer Morgagni comme le fondateur de l'*anatomie pathologique*, et partant le fondateur d'une nouvelle ère médicale (1). Son immortel traité *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, est un des plus beaux monuments qui aient été élevés à la médecine d'observation. Il a puissamment concouru à la *localisation* d'un grand nombre de maladies, considérées jusque là comme *essentielles* ou sans matière, *sine materie :* telles sont entre autres une foule de paralysies, d'*athmes*, etc. Cet admirable ouvrage est un superbe démenti donné à ces *ultrà-vitalistes* qui affectaient un profond mépris pour l'anatomie appliquée à la médecine, et une éclatante réfutation de la théorie de Stahl en particulier, si fastueusement et si faussement promulguée sous le titre de *Theoria medica vera.*

Dans ses remarques sur l'anatomie pathologique, Bichat a su rendre justice à Morgagni. Il faut en dire autant du célèbre auteur de la *Nosographie philosophique*, auquel nous empruntons le passage suivant :

« Une juste admiration pour les anciens ne doit point faire dissimuler qu'ils n'ont eu que très-peu de lumières sur les vices organiques ou maladies des viscères, dont le diagnostic est appuyé sur la comparaison des symptômes avec le résultat de l'ouverture des corps. Ce nouveau genre de recherches, réservé aux modernes, suppose d'ailleurs un siècle où l'anatomie ait déjà été perfectionnée..... Le *Sepulchretum* de Bonet, par l'inexactitude et le peu de choix des observations, par ses détails superflus et le défaut d'une saine critique, n'offre guère qu'une esquisse fort imparfaite. *La gloire de cette grande et immortelle entreprise reste tout entière à Morgagni*, qui a joint aux avantages d'une érudition choisie et d'un jugement exquis les connaissances les plus profondes de l'anatomie pathologique... Il a eu l'art de rapprocher, avec une sagacité rare, plusieurs cas particuliers analogues, et d'en faire ressortir des vérités générales. Son excellent livre sera toujours recherché et médité, tant que le goût et la saine raison présideront à l'exercice de la médecine, quelques progrès qu'on ait faits depuis cette époque dans l'anatomie pathologique.

Parmi les meilleurs travaux de nosographie *anatomico-pathologique* qui parurent à l'époque où florissait Morgagni, on doit placer le Traité de la fièvre muqueuse de Goëttingue par Rœderer et Wagler, et l'histoire et l'épidémie de la fièvre glutineuse de Naples par Sarcone. Ces deux monographies, publiées de 1761 à 1764, sont infiniment précieuses en ce qu'elles contiennent les premières observations relatives aux lésions du tube digestif, dans les cas de *fièvres essentielles*, telles qu'elles furent classées plus tard par Pinel.

Voici quelles altérations Rœderer et Wagler

(1) Assurément, avant Morgagni, on avait déja cultivé l'anatomie pathologique, et Bonet avait déjà publié son *Sepulchretum.* Mais cette partie fondamentale de la médecine ne revêtit une forme vraiment positive qu'entre les mains de Morgagni.

rencontrèrent chez treize sujets emportés par la *fièvre muqueuse*, maladie dans laquelle ils observèrent les symptômes de la fièvre ou affection typhoïde de MM. Chomel et Louis, de la fièvre entéro-mésentérique de M. Petit, etc.

« *Un développement des follicules muqueux de l'estomac et des intestins..., des excoriations, des ulcérations, des escarres gangréneuses de la tunique veloutée de l'intestin, avec dénudation de la membrane musculeuse. Des vers lombrics et trichurides existaient dans le canal intestinal de plusieurs sujets. On trouvait quelquefois des invaginations, un gonflement des ganglions mésentériques*, etc., etc. »

La maladie dont Michel Sarcone nous a laissé la description ne permet pas, je le répète, de méconnaître en elle la même maladie qui plus tard fut désignée sous le nom de fièvre typhoïde, entéro-mésentérique, etc. Or, parmi les altérations signalées par cet habile observateur, nous citerons les suivantes : « *La membrane mucilagineuse (muqueuse) des intestins grêles était détruite en plusieurs endroits et manquait absolument. En certains points ainsi dénudés, ulcérés, il transsudait une matière sanguinolente; sous un gluten luisant et dense, on trouvait ordinairement les membranes rougies ou viciées par de petites pustules blanches en manière d'aphtes. Les glandes mésentériques les plus proches des intestins étaient augmentées de volume et dans un état de nutrition vicieuse. L'estomac parut érysipélateux ou taché d'irradiations sanguines*, etc.

A peu près à la même époque où vécurent les célèbres observateurs que nous venons de citer, un modeste praticien de Vienne, Avenbrugger, enrichit la science de l'importante découverte de la *percussion*, découverte mal appréciée par les contemporains de son inventeur, et qui bientôt fut presqu'entièrement oubliée, même dans la patrie de l'auteur. Notre illustre Corvisart, en la tirant de l'incroyable oubli dans lequel elle était tombée, eut la gloire de l'inventer en quelque sorte une seconde fois.

Dehaen et Stoll doivent obtenir ici une mention des plus honorables, bien que ce dernier observateur, d'ailleurs si profond et si judicieux, ait appuyé sur une théorie des plus fausses une pratique qui n'est pas toujours sans inconvénients, savoir la méthode vomitive dans les maladies inflammatoires, avec symptômes *bilieux*.

En même temps que l'esprit d'observation enfantait ainsi de nouveaux ouvrages, l'esprit philosophique, semblable au souffle divin, tentait de débrouiller le chaos des faits épars et confusément entassés. Sauvages, Linnée, Vogel, Sagar, publient leurs systèmes de nosologie. Brown propose son fameux système dichotomique fondé sur l'excitabilité ou l'irritabilité, propriété dont Haller avait fait le sujet de nombreuses recherches.

Le brownisme ou la division de toutes les maladies en *sthéniques* et en *asthéniques*, véritable nouvelle édition du *strictum* et du *laxum* de Thémison, était sans doute une haute conception de l'esprit philosophique. Mais c'était là une *généralisation* trop étroite pour comprendre toutes les maladies ; et d'ailleurs, l'auteur n'avait vu dans les maladies que des conditions vitales, et n'avait point étudié les conditions physiques, anatomiques. Ce système ne pouvait par conséquent manquer de tomber, surtout à une époque où la culture de l'anatomie pathologique avait fait une véritable révolution dans la médecine. Mais il ne se tint malheureusement que trop long-temps debout, et la pratique vraiment meurtrière de son auteur infesta pendant plusieurs années l'Europe entière.

Je dis que cette pratique fut vraiment meurtrière, parce qu'en effet, Brown, considérant comme asthéniques, des maladies dont le génie était essentiellement inflammatoire, prodiguait aux infortunés qui en étaient atteints ces toniques et ces excitants, dont l'appareil fut désigné plus tard sous le nom de *méthode incendiaire*. Or, pour prendre un exemple, la médecine brownienne a été certainement fatale à des milliers d'individus qui, frappés de ces maladies asthéniques appelées *fièvres adynamiques, fièvres typhoïdes*, etc., c'est-à-dire de maladies dans lesquelles l'élément fondamental était une inflammation de la membrane folliculaire du tube digestif, furent saturés de quinquina, de camphre, d'*esprit de Mindererus*, d'éther et des vins les plus généreux qu'on pouvait se procurer. Mais poursuivons.

En 1793, parut, en Angleterre, le premier essai d'un traité systématique d'anatomie pathologique, par Math. Baillie.

Jenner, en 1796, fait son immortelle découverte de la vaccine, et prend place à la fois et parmi les grands observateurs et parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Laissant maintenant de côté une foule d'auteurs du second ordre, je me hâte d'arriver à deux hommes qui, vers la fin du XVIIIe siècle et le commencement du XIXe, ont illustré la France médicale, et fondé une école de médecine et de physiologie, qui eut l'Europe entière pour disciple. Ces deux réformateurs parurent peu de temps après l'explosion de cette immortelle révolution française qui, disaient ses ennemis, devait engloutir les sciences et les arts, et qui exerça, au contraire, une si heureuse et si puissante influence sur les immenses progrès dont le monde intellectuel s'est enrichi en tant de choses.

Bichat et Pinel vont enfin fixer notre attention.

ARTICLE IV.

Écoles de Bichat et de Pinel.

Nous examinerons, avec quelque étendue, les

principes des deux illustres médecins que nous venons de nommer, en commençant par les travaux de Bichat, bien que la première édition de la *Nosographie philosophique* de Pinel soit antérieure d'environ deux ans à la publication de *l'Anatomie générale* de Bichat. Cette remarque n'est pas sans quelque importance, puisque Pinel avait déjà pris pour fondement des *ordres* de la *classe* des phlegmasies la circonstance de leur siége dans tel ou tel système. Nous verrons plus loin que Bichat félicite l'auteur de la *Nosographie* d'avoir adopté cette base de classification.

§ Ier. *École de Bichat.*

A Bichat appartient véritablement la gloire d'avoir conçu et surtout exécuté, le premier, le plan d'une anatomie nouvelle, savoir, celle de certains éléments immédiats des organes composés, et à laquelle il donna le nom d'*anatomie générale*, d'anatomie des systèmes *généraux* ou *générateurs* des organes.

Avant d'exposer ses propres idées sur les principes de la physiologie et de la médecine, Bichat jette un coup d'œil sur les idées de ses prédécesseurs, et, comme nous l'avons laissé entrevoir, il se place au rang des auteurs qui marchèrent sur les traces de Stahl, dont il modifia toutefois la doctrine en homme de génie.

Nous allons rapporter textuellement plusieurs passages de l'*Anatomie générale* qui mettront dans tout son jour le système physiologique et pathologique de Bichat. Après avoir loué Stahl, d'une manière générale, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il le blâme cependant d'avoir rapporté à un principe unique, tous les phénomènes vitaux. Ce principe, appelé vital par Barthez, archée par Van-Helmont, force vitale par Chaussier, etc., est, suivant Bichat, une abstraction qui n'a pas plus de réalité que n'en aurait un principe également unique qu'on supposerait présider aux phénomènes physiques.

« L'art doit beaucoup, dit-il, à plusieurs médecins de Montpellier pour avoir laissé les théories boerhaaviennes, et avoir plutôt suivi l'impulsion donnée par Stahl : mais en s'écartant du mauvais chemin ils en ont pris de si tortueux que je doute qu'ils y trouvent un aboutissant. »

Au reste, Bichat croit que « sa DOCTRINE générale ne porte précisément l'empreinte d'aucune de celles qui règnent en médecine et en physiologie. OPPOSÉE à celle de Boerhaave, elle diffère et de celle de Stahl et de celles des autres auteurs qui, comme lui, ont tout rapporté dans l'économie vivante, à un principe unique, principe abstrait, idéal, et purement imaginaire, quelque soit le nom d'*ame*, de *principe vital*, d'*archée*, *etc.*, sous lequel on le désigne. Analyser avec précision les propriétés des corps vivants; montrer que tout phénomène physiologique se rapporte en dernière analyse à ces propriétés considérées dans leur état naturel, *que tout phénomène pathologique dérive de leur augmentation, de leur diminution ou de leur altération*, que tout phénomène thérapeutique a pour principe leur retour au type naturel dont elles s'étaient écartées; fixer avec précision les cas où chacune est mise en jeu; bien distinguer, en physiologie comme en médecine, ce qui provient de l'une de ce qui émane des autres; déterminer par conséquent d'une manière rigoureuse ceux des phénomènes naturels et morbifiques auxquels président les animales, et ceux que produisent les organiques; indiquer quand la *sensibilité animale et la contractilité de même espèce*, quand la *sensibilité organique et les contractilités de sensible ou insensible* qui lui correspondent sont mises en jeu » voilà la doctrine ou la *théorie* générale de Bichat.

» Comme les sciences physiques ont été perfectionnées avant les physiologiques, on a cru, poursuit Bichat, éclaircir celles-ci en y associant les autres : on les a embrouillées, c'était inévitable ; car, appliquer les sciences physiques à la physiologie, c'est expliquer par les lois des corps inertes les phénomènes des corps vivants ; or, voilà un principe faux : donc toutes ses conséquences doivent être marquées au même coin. Laissons à la chimie son affinité, à la physique son élasticité, sa gravité, n'employons pour la physiologie, que la sensibilité et la contractilité : *j'en excepte cependant les cas où le même organe devient le siége de phénomènes vitaux et physiques, comme l'œil et l'oreille, par exemple.*

» Les esprits ordinaires s'arrêtent, dans les livres, aux faits isolés qu'ils présentent, ils n'embrassent pas d'un seul coup d'œil l'ensemble des principes suivant lesquels ils sont écrits. Souvent l'auteur lui-même suit, sans y prendre garde, l'impulsion donnée à la science à l'époque où il écrit. Mais c'est à cette impulsion que s'arrête surtout l'homme de génie. Or, elle doit être désormais absolument différente dans les livres physiologiques et dans les livres physiques. Il faudrait pour ainsi dire un langage différent..... ».

Cependant Bichat se déclare le partisan, l'admirateur de Newton. « Rendons grâce à Newton, s'écrie-t-il; il a trouvé le premier le secret du Créateur, savoir : la simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets ! Il remarqua, l'un des premiers, que quelques variables que fussent les phénomènes physiques, tous se rapportent cependant à un petit nombre de principes. Il analysa ces principes, et prouva surtout que la faculté d'attirer joue parmi eux le principal rôle ».

Suivant Bichat, « les sciences physiques, ainsi que les physiologiques, se composent de deux choses : 1° de l'étude des phénomènes, qui sont les effets ; 2° de la recherche des connexions qui

existent entre eux et les propriétés *physiques* ou *vitales*, qui sont les causes.

» Ces propriétés sont tellement inhérentes aux corps inertes et aux corps vivants, qu'on ne peut concevoir ces corps sans elles. Elles en constituent l'essence et l'attribut. Supposez qu'ils en soient tout-à-coup privés, à l'instant tous les phénomènes de la nature cessent, et la matière seule existe. Le chaos n'était que la matière sans propriétés (1) : pour créer l'univers, Dieu la doua de gravité, d'élasticité, d'affinité, etc., et de plus, une portion eut en partage la sensibilité et la contractilité.

» Cette manière d'énoncer les propriétés vitales et physiques annonce assez qu'il ne faut point remonter au-delà dans nos explications, qu'elles offrent les PRINCIPES, et que ces explications doivent en être déduites comme autant de conséquences ».

Bichat caresse pour ainsi dire cette idée favorite avec une passion qui ne craint pas les répétitions : voici encore un passage où il y revient :

» Le rapport des propriétés comme causes, avec les phénomènes comme effets, est un axiome presque fastidieux à répéter aujourd'hui en physique, en chimie, en astronomie, etc. Si cet ouvrage établit un axiome analogue dans les sciences physiologiques, il aura rempli son but. Le chimiste rapporte tous les phénomènes qu'il observe à l'affinité; le physicien voit partout dans sa science la gravité, l'élasticité, etc. Dans les sciences physiologiques, au contraire, on n'a point encore remonté, d'une manière générale au moins, des phénomènes aux propriétés dont ils dérivent. La digestion, la circulation, les sensations ne rappellent point au physiologiste l'idée de la sensibilité ou de la contractilité, comme le mouvement d'une montre rappelle au mécanicien que c'est l'élasticité qui est le premier mobile de ce mouvement; comme la roue d'un moulin et celle de toute machine que l'eau met en jeu en coulant, rappellent au physicien la gravité ».

La sensibilité et la contractilité, dont Bichat admet plusieurs espèces, voilà donc, en dernière analyse, les *causes* de tous les phénomènes qu'on observe dans les corps organisés. Voyons maintenant comment cet illustre et ingénieux physiologiste applique sa théorie aux phénomènes pathologiques.

Il pose en fait que toutes les maladies consistent en une lésion des propriétés vitales, de la *sensibilité* ou de la *contractilité*. Aussi, dit-il, les maladies sont-elles d'autant plus nombreuses, que les corps organisés sont doués d'un plus grand nombre de propriétés vitales. C'est par cette raison, ajoute-t-il, que la liste des maladies des végétaux est beaucoup moins longue que celle des maladies des animaux : en effet, les premiers ont de moins que les seconds et la sensibilité *animale qui préside aux sensations*, et la contractilité *animale*, *nécessaire à la voix*, *à la locomotion*, etc.

« Dans les maladies nerveuses, dit Bichat, c'est la *sensibilité animale* qui joue un si grand rôle; les convulsions et les paralysies consistent dans une augmentation ou une diminution de la *contractilité animale;* toute la classe des fièvres, toutes les affections gastriques, etc., sont un trouble manifeste dans la *contractilité organique*. Les tumeurs de nature diverse, les exhalations augmentées, le marasme, etc., supposent toutes un trouble dans la *sensibilité organique* et dans la *contractilité insensible* correspondante. »

Considérant, d'une part, que les propriétés vitales siégent essentiellement dans les solides, et que, d'une autre part, les phénomènes maladifs ne sont que des altérations des propriétés vitales, il est évident, pour Bichat, que les phénomènes morbifiques résident essentiellement dans les solides, que les fluides leur sont jusqu'à un certain point étrangers.... « N'allez pas croire, cependant, dit-il, que les fluides ne sont rien dans les maladies : très-souvent ils en portent le germe funeste, ils sont le véhicule de la matière morbifique. Ce sont spécialement les fluides destinés à la composition des organes qui apportent la maladie aux solides ; au contraire, les fluides destinés à la décomposition emportent plutôt la maladie : c'est par eux que s'opèrent les crises. Les médecins ont exagéré infiniment l'influence des humeurs morbifiques expulsées au dehors ; mais on ne saurait douter que cette doctrine n'ait souvent un fondement réel. Si ces fluides sont quelquefois le véhicule de la maladie, c'est quand ils rentrent, contre l'ordre naturel, dans l'économie, comme quand la bile passe dans la masse du sang, quand l'urine est absorbée et pénètre dans ce fluide.

« Il est évident qu'il faut bien distinguer les maladies elles-mêmes, ou plutôt l'ensemble des symptômes qui les caractérisent d'avec les principes qui les produisent ou qui les entretiennent. Presque tous les symptômes portent sur les solides, mais la cause peut en être dans les fluides comme en eux. Dans toutes les maladies, ce sont les solides qui sont surtout en action ; mais c'est tantôt en eux, tantôt hors d'eux qu'existe la cause de cette action. Il serait sans doute essentiel de rechercher la distinction des deux cas. »

Nous ne suivrons point Bichat dans les aperçus qu'il présente sur la solution de ce problème, mais nous rapporterons la conclusion finale de sa discussion, savoir : que *toute théorie exclusive de solidisme ou d'humorisme est un contre-sens pathologique, comme une théorie dans laquelle on met-*

(1) L'idée de la matière sans propriétés d'aucune espèce est, au moins, un peu singulière. Quant à la *cosmogénie* de Bichat, elle n'est guère plus conforme à la rigoureuse philosophie qu'à la *Genèse*.

trait uniquement en jeu les solides ou les fluides en serait un physiologique.

Vivement frappé du rôle que jouent les fluides dans les phénomènes physiologiques et pathologiques, mais fasciné et entraîné comme malgré lui-même par sa théorie des propriétés vitales, Bichat ne peut se résoudre à reconnaître qu'il est des phénomènes dont l'explication échappe à cette théorie, et il aime mieux *vitaliser*, pour ainsi dire, les fluides que d'admettre des maladies indépendantes des propriétés vitales telles qu'il les a analysées. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Quoique les propriétés vitales résident spécialement dans les solides, il ne faut pas cependant considérer les fluides comme purement inertes.... Ce serait sans doute un objet de recherches bien curieux que de fixer comment des molécules fluides ne jouissant absolument que des propriétés physiques, se pénètrent peu à peu des rudiments des premières.... Dire ce qu'est cette VITALITÉ des fluides, cela est évidemment impossible; mais son existence n'est point moins réelle, et le chimiste qui veut analyser les fluides n'en a que le cadavre, comme l'anatomiste n'a que celui des solides qu'il veut disséquer. Observez, en effet que, dès que le *principe de vie* a abandonné les fluides, ils tendent aussitôt à la putréfaction et se décomposent comme les solides privés de leurs forces vitales. *Lui seul* empêchait ce mouvement intestin, qui, sans doute, entre pour beaucoup dans les altérations dont les fluides sont susceptibles. »

Bichat termine en rapportant un fait qui lui paraît bien démentir tout ce qu'on avait avancé dans ces derniers temps sur l'incorruptibilité du sang dans les maladies. « Dernièrement, dit-il, nous avons trouvé, au lieu de sang noir abdominal, une *véritable sanie grisâtre qui remplissait toutes les divisions de la veine splénique, le tronc de la veine porte, et toutes ses branches hépatiques.* » Bichat a bien soin de noter que « cette sanie n'était pas un effet cadavérique et que le sang avait circulé, sinon altéré, au moins bien différent de son état naturel, et réellement *décomposé.* »

De ses considérations sur les *éléments organisés de nos parties*, sur les *tissus simples*, *les systèmes généraux* ou *générateurs*, entre lesquels la nature, et non la science, comme il le dit lui-même, a tiré une ligne de démarcation ; de cette grande conception de l'*anatomie générale*, qui, comme il en avait l'espérance, a eu sur la physiologie ainsi que sur la pratique médicale une puissante influence, Bichat passe aux conséquences de cette analyse anatomique relativement aux analogies et aux différences des maladies entre elles.

« Ce que je viens de dire nous mène à des conséquences relativement aux maladies aiguës ou chroniques qui sont locales ; car celles qui, comme la plupart des fièvres, frappent presque simultanément toutes nos parties ne peuvent pas être beaucoup éclairées par l'anatomie des systèmes (1).

» Puisque les maladies ne sont que des altérations des propriétés vitales, et que chaque tissu est différent des autres sous le rapport de ses propriétés, il est évident qu'il doit en différer aussi par ses maladies ; donc, dans tout organe composé de différents tissus, l'un peut être malade, les autres restant intacts : or, c'est ce qui arrive dans le plus grand nombre de cas.

» Puisque chaque tissu organisé a une disposition partout uniforme ; puisque, quelle que soit sa situation, il a la même structure, les mêmes propriétés, il est évident que ses maladies doivent être partout les mêmes. Que le tissu séreux appartienne au cerveau par l'arachnoïde, au poumon par la plèvre, au cœur par le péricarde, aux viscères gastriques par le péritoine, etc., partout il s'enflamme de la même manière, partout les hydropisies arrivent uniformément, etc., partout il est sujet à une espèce d'éruption de petits tubercules blanchâtres, comme miliaires, dont on n'a pas, je crois, parlé... Quelque soit aussi l'organe que revête le tissu muqueux, ses affections portent en général le même caractère, et n'offrent point d'autres variétés que celles qui proviennent des variétés de structure..... L'auteur de la *Nosographie philosophique* me paraît avoir beaucoup fait pour l'art, en commençant le premier à présenter les inflammations par ordre de systèmes.

» Ce n'est pas seulement l'histoire des maladies que l'anatomie des systèmes éclairera, elle doit changer en partie la manière de considérer l'anatomie pathologique. En suivant l'ancienne méthode, on ne peut se former une idée générale des altérations communes à tous les tissus. Je divise donc en deux grandes parties l'anatomie pathologique : la première renferme l'histoire des altérations communes à chaque système, quel que soit l'organe à la structure duquel il concourt, quelle que soit la région qu'il occupe. Il faut reprendre ensuite l'examen des maladies propres à chaque région, à tel ou tel organe, etc.

« Il me semble que nous sommes à une époque où l'anatomie pathologique doit prendre un nouvel essor..... Otez certains genres de fièvres et d'affections nerveuses, tout est presque alors, en pathologie, du ressort de cette science (2). »

(1) Que dirait aujourd'hui Bichat, s'il vivait au milieu de nous, en présence de cette localisation des fièvres, œuvre immortelle de l'un de ses disciples? Certes, la membrane folliculeuse du tube digestif et le tissu séreux du système circulatoire ne sont pas pour rien dans le siége de ces maladies, si long-temps enveloppées du voile de l'essentialité.

(2) Plus encore que du temps de Bichat, cette réflexion est juste aujourd'hui que les fièvres dites essentielles elles-mêmes ont été si admirablement *localisées*.

Enfin, comme pour couronner son œuvre, et comme pour confirmer, par un nouvel exemple, la vérité d'une de ses assertions, savoir, que chacun des systèmes qui ont tour-à-tour dominé en médecine, *a reflué sur la matière médicale ou la thérapeutique,* Bichat applique à cette partie de la science de l'homme malade sa théorie des propriétés vitales, et il pose en loi qu'aucun médicament, pas même un cataplasme, n'agit d'une manière physique, mais bien en modifiant les propriétés vitales, essentiellement différentes, selon lui, des propriétés physiques. Citons encore les paroles de ce grand physiologiste.

« A quelles erreurs ne s'est-on pas laissé entraîner dans l'emploi et dans la dénomination des médicaments! On créa des désobstruants quand la théorie de l'obstruction était en vogue. Les incisifs naquirent quand celle de l'épaississement des humeurs lui fut associée. Quand il fallut envelopper les âcres, on créa les inviscants, les incrassants, etc. Ceux qui ne virent que relâchement ou tension des fibres dans les maladies, que *laxum* et *strictum*, employèrent les astringents et les relâchants. Les rafraîchissants et les échauffants furent mis en usage par ceux qui eurent spécialement égard, dans les maladies, à l'excès ou au défaut de calorique, etc.

» On dit que la pratique de la médecine est rebutante. Je dis plus, elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable, quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières médicales.

» Sans doute, il est extrêmement difficile de classer encore les médicaments d'après leur manière d'agir; *mais certainement il est incontestable que tous ont pour but de ramener les forces vitales au type naturel dont elles s'étaient écartées dans les maladies.* Puisque les phénomènes morbifiques se réduisent tous, en dernière analyse, à des altérations diverses de ces forces, *l'action des remèdes doit évidemment se réduire aussi à ramener ces altérations à l'ordre naturel. D'après cela, chacune de ces propriétés a son genre de remèdes appropriés.*

» Dans les inflammations, il y a exaltation de sensibilité organique et de contractilité insensible: eh bien! *diminuez cette exaltation par les cataplasmes, les fomentations, les bains locaux,* etc., etc.»

Bichat déclare, d'ailleurs, qu'il n'entend point offrir un plan nouveau de matière médicale. Il avoue qu'il n'a point fait encore d'assez amples réflexions, pour soumettre à une distribution nouvelle les médicaments; en passant, il blâme, comme trop générale, quoique vraie, d'ailleurs, l'idée de ceux qui n'ont vu dans les maladies que force ou faiblesse, et par conséquent que *débilitants* ou *fortifiants.*

La doctrine de Bichat, comme le démontre la fidèle exposition que nous venons d'en offrir, embrasse la science de l'homme, sous le double point de vue de l'état normal et de l'état anormal.

Adoptée d'abord avec un enthousiasme presque général, comme le sont la plupart des conceptions des hommes de génie, suivie comme une sorte de religion, la séduisante doctrine de Bichat ne tarda pas à vieillir, et de nos jours elle a subi le sort de toutes les autres formes sous lesquelles avait apparu le vitalisme pur, exclusif.

Toutefois, la forme sous laquelle Bichat a proclamé le vitalisme est un incontestable progrès. En effet, en brisant, en décomposant, en analysant ce principe complexe désigné tour-à-tour sous les noms de *nature*, d'*énormon*, de *vis insita*, d'*impetum faciens*, d'*archée*, d'*ame*, de *force vitale*, de *principe vital*, etc., Bichat, comme il le dit très-bien, s'est conformé à la saine philosophie, à celle des Newton et des Bacon.

Mais son analyse est vicieuse sous divers rapports, et son langage est souvent plus vicieux encore que sa doctrine elle-même. Qu'est-ce, par exemple, que la *sensibilité organique*? Qu'est-ce que la *contractilité organique*, dont l'une est *sensible* et l'autre *insensible*, etc.?

Une erreur vraiment incroyable de la part d'un homme tel que Bichat, c'est de n'avoir point compris dans son analyse des *propriétés* ou des *forces* qui président aux phénomènes des corps organisés, les *propriétés* ou les *forces* qui régissent les phénomènes des corps non organisés. Je dis que cette erreur est vraiment incroyable, car elle tombe sous le sens le plus vulgaire. Quoi! elle ne serait pas soumise aux éternelles lois de la statique et de la mécanique, cette admirable machine dans la construction de laquelle la nature à fait éclater un luxe de conditions statiques et mécaniques, dont les plus savantes machines que l'art ait organisées de ses propres mains, ne nous offrent que des images fort incomplètes! Est-ce que les Borelli, les Barthez et Bichat lui-même, n'ont pas fait à l'économie vivante l'application des lois de la statique, de la mécanique et de l'hydraulique, dans leurs travaux sur la station, la marche, le saut, le nager, le vol, la reptation, la circulation du sang, etc., etc.? Est-ce que le cœur ne fonctionne pas à l'instar d'une pompe aspirante et foulante, et sa fonction ne se dérange-t-elle pas aussitôt que les conditions physiques et mécaniques sont elles-mêmes dérangées, lorsque, par exemple, les valvules de cet organe, qui sont de véritables soupapes organisées, deviennent rigides, immobiles, et que les orifices du cœur sont rétrécis, etc.? Les faits contenus dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, démontrent, de la manière la plus palpable, quel rôle immense jouent les conditions physiques et mécaniques dans les maladies du cœur en général, et ce que nous disons du cœur, on peut l'appliquer à une foule d'autres organes. Quoi! les

corps organisés n'obéiraient pas, ainsi que les corps inertes, aux suprêmes lois de la gravitation elle-même ! Manquons-nous donc de faits et d'expériences pour nous prouver que le sang et les autres liquides se portent vers les parties les plus déclives, etc., etc. ? Il est vrai qu'il existe dans les corps vivants des *forces* ou des conditions au moyen desquelles sont plus ou moins neutralisés, dans quelques cas, les effets de la pesanteur. Mais que prouve cela contre la doctrine que nous défendons ? Comme si dans le monde inorganique, on ne pouvait pas aussi, par le jeu de certaines machines, vaincre les efforts de la pesanteur.

Ne constatons-nous pas, à chaque instant, dans les corps organisés, comme dans les corps inorganiques, des changements d'état, des phénomènes de cristallisation, de capillarité, d'hygrométricité, d'imbibition, d'*endosmose* et d'*exosmose* ?

Est-ce que des phénomènes chimiques, des décompositions et des combinaisons, des analyses et des synthèses, des réactions de toute espèce, ne s'opèrent pas incessamment dans le laboratoire des corps organisés, comme dans nos laboratoires de chimie proprement dits ? Est-ce par la *sensibilité* et la *contractilité* que vous expliquerez les phénomènes *chimiques* de la respiration et de la digestion ? Les sécrétions elles-mêmes s'accompliraient-elles sans l'intervention de quelques-unes des lois chimiques ? Les premiers rudiments de l'acte sécrétoire, qu'on me passe cette comparaison, n'apparaissent-ils pas, en quelque sorte, dans la décomposition de l'eau au moyen de la pile voltaïque ? En effet, de même que dans les sécrétions nous voyons chaque organe sécréter, séparer du sang des principes déterminés, ainsi, dans la décomposition de l'eau, nous voyons, si j'ose m'exprimer ainsi, l'un des pôles de la pile *sécréter* l'oxygène de l'eau, et l'autre *sécréter* l'hydrogène.

On objectera peut-être qu'il est impossible d'expliquer *intégralement* par des *principes* de la chimie les fonctions dont nous venons de parler. Sans doute. Mais que conclure de là ? Que l'état actuel de la chimie organique ou *vivante* est très-imparfait. Avouons-le, d'ailleurs, les opérations chimiques dont les corps vivants sont le foyer, sont tellement compliquées, tant d'éléments s'y trouvent en présence, qu'il s'écoulera bien du temps avant que nous les puissions expliquer d'une manière complètement satisfaisante, et que peut-être même il est des mystères chimiques que l'on ne parviendra jamais à dévoiler.

Croirons-nous donc toujours avoir donné le dernier mot de la physiologie, quand nous aurons rapporté tous les phénomènes dont elle se compose à deux propriétés essentiellement différentes des propriétés physiques, savoir la *contractilité* et la *sensibilité*, ou quand, à la fin de l'étude de chaque fonction, nous aurons répété : *cette fonction n'est ni mécanique, ni physique, ni chimique ; donc elle est organique et vitale* ?

Sans doute, ce serait un contre sens d'expliquer par la pesanteur ou l'*affinité*, etc., les phénomènes de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté, etc. Mais n'est-ce pas commettre un contre sens non moins grossier, que d'expliquer par la *sensibilité* ou la *contractilité animale et volontaire* les phénomènes *physiques* et *chimiques* dont nous parlions tout-à-l'heure ? Or, c'est ainsi qu'on procède, quand on ne veut pas admettre en physiologie autre chose que la *sensibilité* et la *contractilité*.

Le moment est donc arrivé où il faut renoncer à cette doctrine barbare, qui nous représente les lois dites vitales comme constituées, sous tous les rapports, dans un éternel état de guerre avec les lois physiques. On a beau accuser d'hérésie ceux qui défendent cette nouvelle révolution physiologique, les véritables hérésiarques seront bientôt ceux qui auront vainement lutté contre cette inévitable régénération....

Qu'on n'aille pas conclure de ces réflexions, que Bichat ne mérite point la vive admiration que nous avons tous conçue pour lui. Non ; on ne saurait trop admirer l'auteur du *Traité des membranes*, de *l'Anatomie générale*, des *Recherches sur la vie et la mort*, etc. En effet, si Bichat a commis une grave erreur en négligeant les conditions physico-chimiques dans son *Analyse des phénomènes physiologiques*, on lui doit rendre du moins cette haute justice, qu'il a porté dans l'étude des phénomènes vitaux proprement, et dans celle des phénomènes *animaux* en particulier, un esprit d'analyse et de généralisation qu'on ne trouve que dans un homme de génie. Sous ce rapport, il a marché, comme il s'en glorifie lui-même, sur les traces de l'immortel Newton. Il a tenté, dit-il, de faire pour les sciences physiologiques ce que Newton avait fait pour les sciences physiques. Tentative hardie, et dont il n'appartenait qu'à un homme tel que Bichat de concevoir la pensée ! Que si ce Newton de la physiologie s'est quelquefois égaré, si son œuvre est restée incomplète, n'oublions pas que Bichat n'avait guère que trente ans, lorsqu'une mort prématurée vint mettre un terme à ses vastes desseins d'une réforme radicale des sciences médicales (1).

(1) Il ne faut pas croire, avec quelques personnes, que ce qui fait la gloire éternelle de Newton, c'est uniquement d'avoir découvert la *pesanteur* ou la *gravitation universelle*. En effet, avant ce grand homme, on connaissait la pesanteur. Mais ce qu'on ne savait pas, et ce que Newton a démontré, c'est que l'attraction s'exerce en raison directe de la masse et inverse du carré des distances. Ce qu'on ne savait pas, c'est qu'une foule de phénomènes qu'on avait attribués à diverses causes imaginaires rentraient dans la classe de ceux que régissait l'attraction ;

Bichat meurt, mais avec lui ne s'éteint pas le rapide et grand mouvement qu'il avait imprimé à la médecine. Parmi les nombreux rivaux qui se disputèrent le riche héritage de gloire qu'avait laissé Bichat, brillait au premier rang un homme d'un puissant esprit, et dans les mains duquel devait bientôt tomber le sceptre de la chirurgie moderne (1). En plaçant ici M. Dupuytren parmi les hommes qui, dans le commencement du XIXe siècle, ont rendu les plus signalés services aux diverses branches de la médecine, je ne fais que répéter une vérité proclamée dans les ouvrages qui parurent à cette époque. Parmi ces ouvrages, qu'il me soit permis de rappeler ce bel *Essai sur les irritations*, où Marandel développa les idées de M. Dupuytren, dont il fut un des élèves les plus distingués. Ce jeune médecin, trop tôt enlevé à la science, entrant en matière par une nouvelle division des maladies, s'exprime ainsi à l'égard de M. Dupuytren : « On peut aujourd'hui établir la coordination des affections morbides sur des considérations puisées dans la *saine physiologie*, l'observation clinique et l'étude des effets de ces affections morbides, constatés par l'ouverture des cadavres. Tel est le but où tendent les efforts de plusieurs médecins, et en particulier de M. Dupuytren, qui a bien voulu m'associer aux travaux qu'il poursuit *depuis plusieurs années sur l'anatomie pathologique, travaux dont les grands résultats seront consignés dans un ouvrage attendu avec impatience.*

L'Essai d'un autre élève de M. Dupuytren (M. Cruveilhier) *sur l'anatomie pathologique*, publié dix ans après l'*Essai sur les irritations*, contient, en partie du moins, les résultats ci-dessus annoncés.

La physiologie de M. Richerand, l'ouvrage classique le plus riche d'éditions qui ait jamais été publié sur le même sujet, est écrite dans les principes de l'école de Bichat.

M. Alibert fit *refluer*, pour me servir de l'expression même de Bichat, *la théorie des propriétés vitales* sur la thérapeutique et la matière médicale.

Enfin, M. Broussais, dans sa belle *Histoire des phlegmasies chroniques*, profita, comme il aime à le déclarer, des grandes vues de Bichat sur divers points de la médecine.

C'en est assez sur l'école de Bichat; passons à celle de l'auteur de la *Nosographie philosophique*.

§ II. *École de Pinel.*

En 1798, Pinel publie la première édition de cette *Nosographie* qui, pendant quinze à vingt ans, fut pour ainsi dire le code, l'évangile de l'Europe médicale. Pinel fut digne d'être proclamé le législateur et le prince de son époque médicale, autant par la noblesse de son caractère, que par la hauteur de ses vues philosophiques, par la profondeur de son génie observateur, par son talent supérieur d'écrivain scientifique et par ses vastes connaissances en tout genre (1). Oui, nous le reconnaissons avec orgueil, la *Nosographie philosophique*, dont six éditions furent épuisées dans le court espace de vingt ans, est, malgré ses défauts, le plus beau monument qui eût encore été élevé à la médecine; et cet hommage est dû à ce grand ouvrage, soit qu'on le considère sous le point de vue philosophique et systématique, soit qu'on l'examine sous le point de vue graphique ou descriptif.

Véritable homme de progrès et de mouvement; tout en professant pour les anciens, et pour le divin vieillard en particulier, une estime, une admiration profondément sentie, Pinel, par une piété mal entendue pour les anciens, n'oublie point de saluer

par conséquent, on avait *multiplié les forces ou les causes sans nécessité*, ce qui n'est pas moins contraire à la saine philosophie que de ne pas en admettre assez, et de faire ainsi, malgré eux et comme par violence, rentrer dans la sphère d'une *cause* ou d'une *force* des faits ou des phénomènes qui dépendent d'une autre. Quant au *principe* même de la pesanteur, à la *nature* de l'attraction, Newton ne l'ignorait pas moins que nous n'ignorons le principe de la *sensibilité* ou de la nature intime des fonctions que Bichat rapportait à cette cause. On ne peut, à ce sujet, faire que des hypothèses, et rien n'empêche d'y recourir, comme nous le dirons dans la seconde partie de cet essai, pourvu qu'on ne confonde pas ces *hypothèses* avec des vérités démontrées.

(1) Depuis que ceci fut écrit en 1831, la chirurgie a perdu son illustre chef et, si j'osais le dire, son Napoléon. Quelques-uns m'ont reproché d'avoir ainsi, de ma propre autorité, placé le sceptre de la chirurgie dans les mains de ce Dupuytren, dont le monde savant déplore la fin récente et prématurée. Je crois cependant n'avoir été que juste dans tout ce que j'ai dit sur ce grand maître.

(1) Voici à quels titres Pinel lui-même se présenta pour accomplir la réforme qu'il méditait. « Le plan vaste qu'un « pareil ouvrage embrasse, la saine critique qu'il a exigée, « et les recherches qu'il a rendues nécessaires, autant sous « le rapport d'une érudition choisie que de l'exercice « éclairé de la médecine dans les hôpitaux, n'ont pu être « que le fruit d'un travail d'une longue suite d'années. Ils « supposent qu'on s'est successivement appliqué de bonne « heure aux sciences physiques, et même aux sciences « mathématiques, pour se former à l'exactitude et à la ri- « gueur du raisonnement, et qu'on a allié d'abord aux « études ordinaires de médecine dans les Facultés célè- « bres, la fréquentation assidue des hôpitaux. On a dû « ensuite être appelé, par des circonstances heureuses, à « remplir de grandes places, soit dans l'enseignement pu- « blic de la médecine, soit dans la direction médicale de « quelque grand hôpital, et encore mieux avoir été porté « à faire plusieurs années des leçons de clinique en pré- « sence d'un grand nombre d'élèves. »

toutes les découvertes dont la science s'est successivement enrichie par les travaux des modernes; et faisant tourner au profit de son ouvrage les conquêtes accomplies dans l'intervalle de ses diverses éditions, la dernière exceptée, il lui conserve le privilége de représenter, de résumer, d'exprimer fidèlement l'état de la médecine pendant près d'un quart de siècle, ce qui est presque une éternité pour un ouvrage de ce genre.

« Les méthodes de l'enseignement, en médecine, comme dans toutes les autres sciences, sont, dit Pinel, le fruit lent du temps et de l'expérience : *elles ont leur naissance et leurs accroissements successifs; et souvent ce qui peut être admis à une certaine époque, ne peut l'être dans une autre, à cause du progrès des lumières et des connaissances successivement acquises, soit dans la pathologie ou l'anatomie, soit dans d'autres sciences accessoires.* » (*Nosogr. phil.; Introd.*, page xx, 6e édit.)

Comparez la *Nosographie philosophique*, je ne dis pas avec les ouvrages des anciens, car il n'en est point chez eux de composé sur ce modèle, mais avec ceux des Hoffmann, des Boerhaave, des Stoll, des Sauvages, des Cullen, des Brown, et vous verrez quelle immense supériorité il a sur eux ! Mais entrons dans quelques détails sommaires à cet égard.

Pour régénérer la médecine et lui imprimer une forme nouvelle, Pinel veut qu'on *lui applique une méthode d'enseignement analogue à celle des autres sciences physiques.*

Quant aux bases de son système nosologique, et, si j'ose le dire, à la *raison* première de sa classification, il nous en a laissé ignorer le secret. Il est seulement facile de voir, dès le premier abord, que ce système manque d'unité, ce qui était d'ailleurs inévitable à l'époque où il fut élevé. Quoi qu'il en soit, Pinel range toutes les maladies connues à son époque, dans *cinq* grandes classes, savoir : les FIÈVRES (1re classe), les PHLEGMASIES (2e classe), les HÉMORRHAGIES (3e classe), les NÉVROSES (4e classe), et les LÉSIONS ORGANIQUES (5e classe).

Il serait trop long d'exposer les *ordres*, les *genres*, les *espèces* et les *variétés* que renferment ces cinq classes. Notre objet n'est pas non plus de signaler ici les vices de cette classification, attendu qu'il en sera question un peu plus loin, quand nous exposerons la révolution médicale de 1816. Ils n'avaient point échappé d'ailleurs à Pinel lui-même, qui se complaît en quelque sorte en différents endroits de son ouvrage, à faire sentir toutes les difficultés d'une classification médicale, même en matière de pyrétologie. Par exemple, dans une note de la dernière édition, publiée en 1818, il dit : « La division nosologique des fièvres m'a paru de plus en plus remplie de difficultés à mesure que j'ai cherché à la rendre plus exacte et plus complète. Si on veut être sévère dans ses jugements, la doctrine des fièvres, telle que je l'ai exposée jusqu'ici, *serait sans doute, dans les circonstances actuelles, susceptible de quelques changements*, ou du moins énoncée, sur quelques points, avec les caractères du doute, si les faits particuliers sur lesquels portent les assertions générales étaient plus précis et leur méthode descriptive plus perfectionnée. »

Il ajoute, non sans quelque malice : « Le docteur Alibert a trouvé plus commode de faire disparaître cette classe de sa *Nosologie* quoiqu'elle embrasse elle seule peut-être les trois quarts des maladies de l'espèce humaine. Dès lors, son savant ouvrage sur les fièvres *pernicieuses*, qu'il est si important d'approfondir, ne formera qu'une simple variété, ce qui sera digne de remarque.»

Il dit, dans un autre endroit : « Les lésions organiques générales offrent tant de disparate qu'on peut à peine espérer de les soumettre à un ordre régulier de distribution. »

Pinel reconnaît, sans difficulté, l'état précaire de la thérapeutique de son époque, et il proclame la nécessité d'une réforme dans cette partie capitale de la science : voici ses propres paroles : « La thérapeutique ou traitement méthodique des maladies est une des parties de la médecine *qui doit éprouver une réforme générale*, et on ne saurait trop inviter les vrais observateurs à en faire un objet sérieux de leurs recherches. »

Le principal but de Pinel était de présenter les « descriptions purement historiques du cours entier des maladies et les notions abstraites de la pathologie générale, ce qui constitue à proprement parler, suivant lui, la science médicale » (Introduction, p. ij).

Il pense que le problème de Pitcairn : UNE MALADIE ÉTANT DONNÉE, TROUVER LE REMÈDE? *marquait bien plus de présomption que de lumière et de sagesse*, et il propose de le remplacer par le problème suivant, *qui est bien plus mesuré et plus circonscrit*, comme il le dit, mais qui n'est pas très-satisfaisant pour les malades : UNE MALADIE ÉTANT DONNÉE, DÉTERMINER SON VRAI CARACTÈRE, ET LE RANG QU'ELLE DOIT OCCUPER DANS UN TABLEAU NOSOLOGIQUE (1).

Dès la première édition de la *Nosographie philosophique*, les recherches de Rœderer et de Wagler sur la fièvre muqueuse, celles de Sarcone sur la fièvre glutineuse, les propres idées de M. Pinel sur le point de départ de la fièvre gastrique et de la fièvre adéno-méningée, auraient dû déjà faire sentir

(1) Il n'est pas besoin de faire remarquer que ce problème n'est réellement que la moitié de la tâche du médecin, et que sa solution étant trouvée, il reste à chercher et à trouver celle du problème de *Pitcairn*, dans lequel le problème de Pinel se trouve, d'ailleurs, implicitement compris.

le côté faible de la première classe de cet ouvrage. Il était difficile, en effet, de concilier l'*essentialité* de ces deux ordres de fièvres avec les altérations rencontrées par Rœderer et Wagler, ainsi que par Sarcone.

Au reste, Pinel n'aurait pas été bien convaincu de l'*essentialité* des fièvres, si nous en croyons le passage suivant du *Cours de médecine clinique* de M. Rostan.

« Le célèbre auteur de la *Nosographie philosophique* est le premier qui ait senti le vague qui régnait dans l'histoire des fièvres continues. Aussi, dans ses premiers travaux (les premières conceptions chez les hommes de génie sont presque toujours les meilleures), avait-il complètement révoqué en doute l'existence de ces fièvres, et si plus tard, vaincu par de timides conseils, craignant les animosités médicales, il crut devoir en tracer le tableau dans ses ouvrages, au moins fit-il de grands efforts pour les *localiser*. »

Suivant M. Rostan, ce fut le libraire Brosson qui engagea fortement M. Pinel, à traiter des fièvres essentielles, comme le faisaient les anciens médecins; il lui fit craindre l'insuccès de son livre, et la haine de ses confrères. « Ce grand homme, poursuivit M. Rostan, eut la faiblesse de céder à cet avis pusillanime. » Le récit dont il s'agit est vraiment digne de l'histoire, mais, s'il est bien exact, pourquoi M. Pinel ne se rendit-il pas à la doctrine de M. Broussais?

Plusieurs ouvrages qui parurent dans le cours des nombreuses éditions de la *Nosographie*, en attaquèrent les doctrines et en ébranlèrent les fondements un peu ruineux. Les observations de M. Prost consignées dans la *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, la mémorable monographie de MM. Petit et Serres sur la *fièvre entéro-mésentérique*, sapaient en quelque sorte, de plus en plus, la base mal assurée de la 1re classe de la *Nosographie*.

D'un autre côté, les belles recherches de M. Broussais sur les phlegmasies chroniques portaient une atteinte semblable à la 5e classe de la *Nosographie*, celle des *maladies organiques* (1).

Ce ne fut cependant qu'en 1816, que l'auteur de ce dernier ouvrage fulmina pour ainsi dire une formelle déclaration de guerre contre la *doctrine la plus généralement adoptée*. C'est cet ouvrage qui inspira à M. Pinel les passages suivants de la dernière édition de sa nosographie (1818):

« On sait, dit-il, que, depuis la dernière édition de la *Nosographie*, on a cherché à donner de la vogue à une nouvelle théorie médicale. Je suis bien loin de vouloir la discuter; je remarquerai seulement que c'est un état pénible pour certains auteurs *effervescents* de se contenir dans de justes bornes: ils aperçoivent d'abord avec finesse des objets particuliers; leur imigination s'exalte peu à peu, et ils finissent par être fascinés au point de croire qu'ils sont en état de renverser le système général des connaissances médicales. Des esprits superficiels, ou même entièrement étrangers à la marche sage et mesurée des sciences, sont facilement séduits, et c'est ainsi que les fièvres primitives ont été changées en *phlegmasies*, et qu'au moyen de ce prestige, on a cru pouvoir bannir ce qu'on appelle *adynamie et ataxie*. Peut-on interpréter autrement un ouvrage qui a pour titre: *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*? Plus loin, il dit, à l'occasion de ce même ouvrage:

« Quant à ceux dont l'imagination se repaît de théories frivoles, et qui se jouent, pour ainsi dire, du lecteur par des rapprochements disparates, ou qui, tourmentés de l'éclat que jette une doctrine *généralement adoptée*, décèlent leur médiocrité par des attaques imprudentes, je suis loin de vouloir discuter leurs opinions, et je laisse au temps et à l'expérience de les réduire à leur juste valeur. »

Il n'est pas temps encore de nous occuper de cette grande querelle médicale. Exposons auparavant quelques autres recherches qui parurent pendant le règne de Pinel, et revenons tout d'abord sur celles qui militaient contre les doctrines de la *nosographie* et spécialement contre la doctrine pyrétologique.

§ III. *Décadence du système de Pinel.*

I. Commençons par l'ouvrage de Prost intitulé: *La Médecine éclairée par l'ouverture des corps*. On y lit ce qui suit:

« 1° Les causes qui donnent lieu à la *fièvre inflammatoire* simple agissent plus particulièrement sur les artères... Le trouble *particulier* qui lui donne lieu se communique *particulièrement* au sang, aux artères et au cœur. » Ailleurs, il dit que « le point de départ de la fièvre angioténique ou inflammatoire est dans le tissu cellulaire, dans les membranes séreuses, dans les membres et dans les viscères pectoraux. » Il ajoute que « la fièvre est inflammatoire simple ou angioténique, lorsque les désordres essentiels qui ont lieu pendant son cours, affectent principalement les viscères pectoraux. » En définitive, les idées de Prost sur *cet ordre* de la nosographie n'étaient pas encore bien précises ni bien arrêtées.

5° Selon cet observateur, les altérations que l'on rencontre dans les corps des personnes mortes à la suite d'une fièvre bilieuse, « consistent dans l'abondance du sang dans tous les vaisseaux de l'abdomen, surtout dans ceux des intestins, et les rami-

(1) Pujol, de Castres, vers le commencement de ce siècle, fit aussi paraître d'intéressantes recherches sur les phlegmasies chroniques; mais elles fixèrent peu l'attention, et il est vrai de dire qu'elles étaient généralement oubliées ou même complètement ignorées de presque tout le monde, quand parut l'ouvrage de M. Broussais.

fications de la veine porte. Le foie est rougeâtre, peu consistant; la bile plus ou moins abondante, bien fluide, jaune ou verte; le duodénum, le jéjunum et l'iléon sont gorgés de substances bilieuses claires; un mucus très-abondant, non glutineux, blanchâtre, ressemblant au blanc d'œuf peu cuit, enduit leur tunique interne, et engoue ces viscères; cette membrane est parsemée de vaisseaux sanguins, qui abondent d'autant plus que les matières bilieuses sont plus colorées et en plus grande quantité. Quelquefois, on trouve des matières bilieuses dans l'estomac, et sa tunique muqueuse offre des sillons ou des espèces de points rouges.... Dans la fièvre bilieuse, le système artériel est développé, mais dans un degré inférieur à la phlogose. Dès que ce développement s'accroît et que l'inflammation a lieu, les symptômes ataxiques d'abord, puis les symptômes ataxo-adynamiques se manifestent.... Les symptômes ataxiques sont l'effet de la phlogose intestinale.... Les symptômes adynamiques sont relatifs à la terminaison de l'inflammation de la tunique muqueuse des intestins par gangrène, et à l'éloignement plus ou moins rapide du sang des vaisseaux dans lesquels il abondait d'abord. »

Les organes abdominaux, et surtout les intestins, sont, selon Prost, le siége des altérations qui donnent lieu à la fièvre bilieuse. Les causes de cette fièvre agissent, dit-il, sur les intestins : *l'irritation de ces organes est leur résultat.*

3° Le passage suivant, relatif à la *fièvre ataxique*, est des plus remarquables :

« Le cerveau peut sans doute éprouver des désordres provenant des phlogoses qui ont lieu dans sa substance ou ses membranes; mais ce n'est point à ces affections que sont dues les FIÈVRES ATAXIQUES : l'altération organique qui leur donne lieu, consiste dans l'inflammation de la membrane interne des intestins, avec ou sans excoriations. Cette inflammation résulte de la présence d'une quantité plus ou moins considérable de bile dans ces viscères; elle peut les affecter dans une ou plusieurs parties plus ou moins étendues.... Les inflammations qu'on observe dans les intestins des corps de ceux qui sont morts de ces fièvres, sont toujours proportionnées aux divers symptômes qui ont eu lieu avant la mort; elles sont plus vives et plus générales en raison de l'intensité qu'avait le délire, de l'agitation plus grande des membres, de l'ardeur du visage, de la soif plus forte, de la rougeur plus intense de la langue, de sa chaleur et de sa sécheresse, de la chaleur particulière et vive du ventre, de la rougeur des urines, de la quantité plus grande de matières bilieuses rendues par l'anus, et de leur odeur plus piquante. »

Prost ajoute en note : « qu'il a fait l'ouverture de plus de deux cents cadavres de personnes mortes dans le cours des fièvres ataxiques, et qu'il a observé l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale très-vive après des symptômes violents, faible dans les tempéraments délicats, etc. » Puis il continue ainsi :

« La manière dont sont disposées les inflammations de la surface interne des intestins, nous rend compte des changements subits et fréquents qui ont lieu dans ces fièvres; ces inflammations qui sont relatives à la quantité et la qualité des matières irritantes et surtout de la bile, sont fréquentes dans les portions de ces viscères où ces matières séjournent. Le duodénum, la fin de l'iléon et le cœcum sont les plus exposés à ce séjour; le cœcum surtout est le centre, pour ainsi dire, des désordres intestinaux : sa position, son adhérence à la fosse iliaque, y favorisent la stagnation des matières.... » Suivent plusieurs réflexions hypothétiques, et tout-à-fait fausses, sur l'influence de la bile, des vers, etc. Prost termine ensuite en disant que JAMAIS ON N'OUVRE DE CADAVRES DE PERSONNES MORTES DANS LA FIÈVRE ATAXIQUE, SANS TROUVER LA MEMBRANE MUQUEUSE INTESTINALE ENFLAMMÉE.

4° Voici maintenant la doctrine de Prost sur la fièvre adynamique.

« Le système artériel est susceptible d'affaiblissement, comme il l'est de développement, dans la membrane muqueuse des intestins : l'inflammation de ces viscères est soumise aux lois générales des phlogoses, qui ont un terme fixé pour leur accroissement, au-delà duquel l'adynamie survient, quand l'ordre naturel n'est pas rétabli... Si le développement artériel est faible, comme on l'observe dans quelques fièvres muqueuses et gastriques, l'adynamie qui lui succède est simplement consécutive; au contraire, elle est consécutive-gangréneuse ou putride, lorsqu'elle survient dans l'inflammation; c'est la terminaison d'une phlogose par gangrène, terminaison fréquente dans les fièvres ataxiques aux deuxième et troisième degrés. »

Dans l'avertissement de *La Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, voici ce qu'on trouve relativement à la méthode suivie par son auteur et à ses immenses recherches :

« Le but de mes recherches est, depuis longtemps, la connaissance des altérations organiques dans les maladies.... Loin de chercher la cause des maladies dans les organes qu'on présume devoir en être le siége, j'ai cherché à connaître tous les désordres des organes dans les maladies, et les différences qu'on peut observer dans les fluides et les solides pendant leur cours. Ce travail demandait une volonté très-décidée, un courage inébranlable, et peut-être plus d'amour pour la vie des autres que pour la mienne.

» Avant de publier mes observations, j'ai fait plus de quatre cents ouvertures de corps. Beaucoup m'ont retenu pendant une journée, et aucune pendant moins de plusieurs heures.

» Les membranes muqueuses des intestins m'ont

paru mériter une très-grande attention, et j'ai constamment observé celles de tous les organes de la digestion avec une application extrême : ce travail est horriblement dégoûtant, « mais il donnera un jour des fondements inébranlables à la « médecine. Il est difficile d'exprimer, impossible « de décrire avec précision la multitude des altérations qui ont lieu dans ces organes, et qui se « coordonnent aux symptômes du plus grand nombre des maladies. »

L'ouvrage dont nous venons de parcourir les points capitaux, méritait, comme nous l'avons déjà dit, de faire un grand bruit dans le monde médical. Sans doute, il pèche beaucoup sous le rapport de la forme, de la méthode et de la rédaction, mais, quant au fond, il est vraiment admirable pour l'époque à laquelle il parut. Et cependant ce beau commencement d'une révolution qui, dix ans plus tard, devait ébranler l'édifice de la médecine jusque dans ses derniers fondements, passa pour ainsi dire inaperçu. Certes, Prost aurait pu dire de son époque, comme Tacite avait dit d'une autre : *nostra ætas oblivia suorum.*

Je me tromperais toutefois en disant que cet ouvrage ne fut cité par aucun contemporain, car il faut faire une exception au moins en faveur de M. Broussais, et cette citation qui se trouve dans la première édition de l'*histoire des phlegmasies chroniques*, est bien digne d'être rappelée ici. Après avoir rapporté l'opinion de Prost, relativement à l'influence de la phlegmasie de la membrane muqueuse des voies digestives sur la production de la fièvre ataxique, M. Broussais ajoute : « j'ai trop souvent rencontré cette membrane en bon état, à la suite des typhus les plus malins; j'en ai vu un trop grand nombre s'améliorer par l'emploi des stimulants les plus énergiques, pour partager l'opinion de ce médecin sur la cause de la fièvre ataxique. » Ce n'était pas ainsi que devait penser plus tard l'auteur de l'*Examen*. Dans la 3e édition de cet ouvrage, voici la noble déclaration de M. Broussais à ce sujet : « Le respect que j'avais encore pour les opinions du professeur Pinel, et la crainte de m'exposer à la critique, m'arrachèrent la phrase suivante (celle qu'on vient de lire). *Le fait est que j'étais dans l'erreur....* Mon premier soin a été de me réfuter moi-même. Loin d'en rougir, je m'en fais gloire.... Malheur à l'homme qui se fait un point d'honneur de ne jamais confesser les fautes qu'il a commises ! » Revenons.

Qui croirait que Pinel ne fit aucune mention des recherches de Prost, dans le volume de sa *Nosographie* consacré aux fièvres essentielles? Cependant, cet illustre auteur n'ignorait pas les recherches et les doctrines de Prost, puisque celui-ci déclare positivement, dans un autre ouvrage, « que les choses en étaient à un tel point alors, que l'on tournait ses observations en ridicule, et qu'il fit voir aux professeurs Corvisart et Pinel, des inflammations et des altérations de la membrane interne des intestins, dont ils se doutaient si peu, que des cadavres où il les leur montra, étaient sortis de leurs mains, sans qu'ils eussent ouvert les intestins, lors-même que ces cadavres provenaient des salles où ils donnaient leurs leçons de clinique (1). »

L'ouvrage de Prost ne serait peut-être jamais sorti du profond oubli dans lequel il était tombé, si dix à douze ans après sa publication, on n'avait trouvé bon de s'en servir contre un réformateur plus puissant et plus heureux que l'auteur de *La médecine éclairée par l'ouverture des corps.*

Au reste, il y a dans ce livre plusieurs hypothèses gratuites ou même entièrement erronées, et l'auteur, par exemple, a fait jouer à la bile, dans la production des ulcérations intestinales, un rôle beaucoup trop étendu. Il y a loin, on doit l'avouer, de la doctrine incertaine, confuse et mal élaborée de Prost sur les fièvres, à celle de M. Broussais sur le même sujet. Il y a plus, c'est que, nulle part, Prost n'a parlé de la *désessentialisation* des fièvres, ce qui est l'un des dogmes fondamentaux de la doctrine de l'auteur de l'*Examen*. Toutefois, il est juste de reconnaître que l'ouvrage de Prost fut le digne précurseur de ce dernier, et qu'il assure à son auteur une des premières places parmi les hommes qui, au commencement de ce siècle, ont le mieux mérité de la médecine *progressive* (2).

II. A la même époque où Prost ébauchait ainsi une importante réforme pyrétologique, Laënnec, dans sa thèse inaugurale (3), attaquait, de son côté, la *division* des fièvres. Après avoir dit que presque tous les auteurs qui ont divisé les fièvres d'après leurs symptômes, reconnaissent cinq assemblages principaux de symptômes fébriles, et avoir rappelé que M. Pinel avait cru devoir changer les noms de cette sorte de *pentateuque* pyrétologique, il ajoute ce qui suit :

« La fièvre muqueuse ou pituiteuse est une affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intestinale..... Si l'on admettait comme des différences spécifiques dans les fièvres, toutes celles qui naissent de l'influence des affections qui

(1) Prost, *Traité du Choléra-Morbus*, pag. 30.

(2) Prost appartient à l'école de Bichat, et il prit pour épigraphe de son livre, cette belle pensée du *Traité des Membranes* : « On aurait beaucoup fait, je crois, pour la « science, si, dans toutes ses branches, on démontrait ce « principe qui repose déjà sur un si grand nombre de faits; « savoir que la nature, avare de moyens, est prodigue de « résultats ; qu'un petit nombre de causes préside partout « à une multitude de faits, et que ceux sur lesquels on est « incertain, tiennent aux mêmes principes que plusieurs « autres qui nous paraissent évidents. »

(3) Dissertation sur la doctrine d'Hippocrate, etc., Paris, 1804.

existent avec elles, on serait obligé, non-seulement d'admettre avec certains auteurs des fièvres catarrhales, des fièvres vermineuses, mais même d'appeler, avec Hoffmann, fièvres de l'estomac, du foie, des intestins, les inflammations de ces organes. »

Ainsi, dès 1804, Laënnec reconnaissait que la « fièvre muqueuse ou adéno-méningée était la fièvre compliquée avec une affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intestinale,» et cependant lorsque, plus tard, M. Broussais mit au jour son système de localisation, il trouva Laënnec au rang de ses plus ardents adversaires !

Laënnec propose de considérer la *fièvre*, étudiée en général, comme une affection *essentielle*, qui peut être compliquée de toutes les maladies, ou les compliquer toutes. Il ajoute que cette manière de voir sera bientôt démontrée par les faits ; que son ami M. Fizeau lui a dit avoir observé, chez plusieurs malades, une fièvre vraiment *simple*, et sans aucune complication gastrique, muqueuse, etc. ; que depuis cette communication, il a vu lui-même deux cas de cette nature.

« De cette manière, dit-il, on ne reconnaîtrait que deux espèces de fièvre continue, l'une aiguë et l'autre lente ; à la rigueur on pourrait même n'en admettre qu'une espèce..... Les fièvres hectiques sans désorganisation des viscères, sont *réellement des fièvres lentes simples.* » (Ici Laënnec renvoie ses lecteurs aux *Recherches sur la fièvre hectique sans désorganisation des viscères*, par M. Broussais ; Paris, an X.)

On voit qu'il y a loin de cette doctrine de Laënnec, à celle de Pinel. Aussi fut-elle attaquée par le célèbre nosographe.

III. En 1805, M. Gariel soutient une thèse dans laquelle il combat aussi les doctrines pyrétologiques alors régnantes : « Ce qui prouve, dit-il, combien les idées qu'on a de la fièvre sont peu vraies, peu approfondies, c'est la nomenclature adoptée. En effet, une *fièvre inflammatoire* n'est pas une fièvre excitée par l'inflammation, mais qui la détermine. Que signifient les termes de *bilieuse*, *pituiteuse*, puisque dans tous les cas on agit sur des organes et non sur de la bile ou de la pituite ? Ne sont-elles pas plus inintelligibles encore, ces expressions de *putride, maligne*, sur la signification desquelles on a tant varié....? La nouvelle nomenclature (*fièvres angioténique, méningo-gastrique*, etc.), bien préférable sous certains rapports, ne me paraît pas encore exacte.... On aurait dû dire *angioténie fébrile*, maladie *méningo-gastrique fébrile*, ou quelque chose d'analogue qui eût rendu plus brièvement la même idée..... ON NE DOIT PARLER DE LA FIÈVRE QUE COMME D'UNE AFFECTION SYMPTOMATIQUE. »

IV. En 1813, paraît le célèbre *Traité de la fièvre entéro-mésentérique* par MM. *Petit et Serres*. Dans cet ouvrage, M. Petit a pour but principal d'établir que la maladie qui en est l'objet constitue une affection SUI GENERIS, *distincte de toutes celles décrites jusqu'ici par les auteurs*. Le passage suivant de cette importante monographie fera connaître la doctrine de M. Petit.

« Une maladie, nouvelle peut-être et passagère, plus probablement constante et méconnue jusqu'à ce jour, mais dont certainement il n'existe nulle part de description suffisante, s'est offerte à notre observation ; elle est fréquente et grave ; elle attaque plus spécialement la classe des ouvriers à la fleur de l'âge.... Par une erreur qui, sans doute, m'était commune avec tous les praticiens, j'avais jusqu'ici confondu cette maladie dans la classe nombreuse et variée des fièvres adynamiques et ataxiques avec lesquelles elle a des traits de ressemblance multipliés.

» Les symptômes qui, dans le cours de cette maladie, doivent naturellement exciter la sollicitude du médecin, ne sont pas ceux qui émanent des organes abdominaux ; ces derniers sont le plus ordinairement assez obscurs et hors de toute proportion apparente avec ceux que présentent la plupart des phlegmasies intestinales.... Il doit donc paraître moins étonnant que, dans les autopsies qui ont jusqu'ici été faites après cette maladie, l'état des intestins et du mésentère ait été ou négligé ou mal interprété (1).... L'examen des viscères abdominaux nous offrit « des altérations parfaitement sembla-
« bles du tube intestinal, occupant constamment
« le même lieu dans l'étendue de ce viscère, et tou-
« jours simultanément les glandes du mésentère,
« correspondantes à la portion lésée de l'intestin,
« dans un état plus ou moins avancé de désorga-
« nisation ; » une aussi remarquable et aussi constante ressemblance dans la nature et le siége de ces désordres ne pouvait plus me permettre de les rapporter à ces anomalies variées et fortuites que présentent fréquemment les fièvres adynamiques et ataxiques ordinaires; elle leur imprimait dès lors un caractère spécial qu'il n'était plus possible de méconnaître.

» Observant que la première lésion de fonction appréciable qui se manifestait, était toujours celle du canal intestinal, et *que les symptômes généraux ne paraissaient qu'à sa suite*, je pouvais en conjec-

(1) M. Petit, en écrivant ceci, avait sans doute complètement perdu de vue la monographie de Rœderer et Wagler sur la *fièvre* ou *maladie muqueuse*, ainsi que celle de Sarcone sur l'*épidémie* de Naples. On voit ici une éclatante preuve de ce que j'ai dit plus haut du profond oubli dans lequel était resté enseveli l'ouvrage de Prost, antérieur de neuf *ans* seulement à celui de M. Petit. En effet, M. Petit ne dit pas un seul mot des travaux de Prost, et cependant cet infatigable observateur avait trouvé sur plus de deux cents cadavres les altérations qui caractérisent la *fièvre entéro-mésentérique*.

turer avec vraisemblance que cet organe était le siége primitif de la maladie et la source commune de tous les autres accidents ; mais cette conjecture acquérait beaucoup de force lorsque je considérais avec quelle harmonie elle se rattachait, et à l'autopsie cadavérique et *aux notions de la physiologie*. En effet, la cause, quelle qu'elle pût être, qui agissait sur l'intestin était certainement d'une nature délétère.... Or, un pareil agent transmis par l'absorption aux glandes du mésentère, devait y porter une altération profonde.... Enfin, ce même principe, disséminé par une absorption ultérieure dans l'universalité du système, ne pouvait qu'y produire des effets d'une gravité remarquable..... Ainsi s'expliquait cet appareil de symptômes généraux, si imposants dans leur ensemble et si fréquemment funestes dans leur résultat....

» Je pouvais donc admettre avec vraisemblance » que l'affection intestinale était la maladie primi- » tive (1). »

M. Petit pose ensuite les questions suivantes : *Cette lésion de la membrane muqueuse* était-elle l'effet de quelque agent introduit du dehors dans le canal intestinal ?.. Ou bien était-elle le produit d'une action morbifique antérieure, analogue à celles qui donnent naissance à « certaines éruptions cutanées avec lesquelles les plaques que l'on y observait paraissaient avoir quelque ressemblance ? » Dans l'un comme dans l'autre cas, pourquoi l'extrémité de l'intestin grêle en était-elle le siége plutôt que toute autre partie du canal intestinal ? Cette maladie était-elle particulière à la ville de Paris ?... Avait-elle quelque analogie avec la diarrhée qu'éprouvent la plupart des individus nouvellement arrivés dans la capitale ? pourquoi les hommes, et parmi eux les jeunes gens, en étaient-ils plus fréquemment affectés que les femmes ?... Toutes les classes de la société y étaient-elles également exposées ? ou était-elle particulière à celle qui s'est offerte à nos observations dans les hôpitaux ?...

Selon M. Petit, sur plusieurs de ces questions et d'autres qu'il serait possible d'y ajouter, *les faits étaient absolument muets;* sur les autres, ils ne jetaient qu'un jour faible et incertain ; sur aucune on ne pouvait réunir de données suffisantes pour établir une opinion de quelque solidité (2).

Cela posé, M. Petit disserte sur la *nature* de la fièvre entéro-mésentérique et cherche à en déterminer la méthode curative. Partant d'une idée reproduite, du moins en partie, dans ces derniers temps, savoir : que la lésion de la *membrane muqueuse de la fin de l'intestin grêle* n'était pas une entérite, et ne jugeant pas que les désordres locaux dussent être l'objet principal du traitement, mais qu'il fallait, au contraire, diriger la méthode curative contre les symptômes généraux, tels que *la prostration des forces, la décomposition des traits, la débilité du pouls, la disposition gangréneuse universelle, etc.* M. Petit recommande un traitement *tonique excitant.* (Quinquina en teinture vineuse ou en infusion aqueuse animée de liqueur d'Hoffmann, d'alcool ou d'acétate d'ammoniaque, les potions aromatiques éthérées et fortifiées d'extrait de quina, les frictions d'alcool camphré sur toute l'habitude du corps, etc.)

M. Petit poursuit ainsi : « Tout, depuis que j'ai adopté cette méthode, m'a paru devoir m'y conformer ; des succès de jour en jour plus évidents et plus nombreux, lorsque j'en ai suivi la direction avec plus de fermeté et de persévérance ; une terminaison plus fréquemment funeste, lorsque quelque complication m'a contraint à m'en éloigner ; la certitude que nous nous sommes procurée de l'inefficacité des autres méthodes, particulièrement lorsque les débilitants et SURTOUT LES PURGATIFS en étaient le fondement. »

Passer, comme on dit, de la *théorie à la pratique,* surtout dans une science telle que la nôtre, est une affaire grave, et avant de franchir cette sorte de *rubicon,* quel praticien n'a pas éprouvé un instant de crainte ou du moins d'hésitation ! C'est ce qui est arrivé à l'honorable M. Petit. Après avoir jugé que le but principal de la méthode curative ne pouvait être plus directement et plus promptement atteint que par un traitement tonique et excitant, il ajoute : « Mais ici je dus éprouver quelques instants de doute et d'hésitation... *La lésion de l'intestin et du mésentère n'était pas inflammatoire, il est vrai* (1), mais elle n'était pas non plus purement passive... Ne devais-je pas craindre que des médicaments stimulants appliqués immédiatement à des organes aussi sensibles et dans une pareille disposition, n'exaspérassent la maladie dans un de ses principaux élé

(1) « L'affection des intestins et du mésentère nous ayant » paru, dans cette maladie, aussi constamment semblable » à elle-même que les pustules varioliques, vacci- » nes, etc., etc., nous avons cru, dit M. Pinel, devoir » joindre à l'ouvrage une gravure coloriée, où elle est fi- » dèlement représentée dans ses divers degrés, depuis » l'engorgement commençant jusqu'à l'ulcération et la » suppuration. »

(2) Si M. Petit eût pu se livrer à toutes les recherches que comportait la matière, il aurait certainement trouvé la solution de quelques-unes des questions qu'il s'était posées. Il aurait été convaincu, par exemple, que la fièvre entéro-mésentérique n'était point *particulière à la ville de Paris,* ni à la classe des ouvriers, bien qu'elle sévisse de préférence sur eux, etc.

(1) Il n'est personne aujourd'hui, pas même M. Chomel, qui ne considère comme inflammatoire la lésion de l'intestin et du mésentère. Mais, ainsi que cela doit être, cette inflammation emprunte des caractères particuliers et du siége qu'elle affecte, et des diverses circonstances au milieu desquelles elle se développe.

ments ?... Arrêté par cette considération, je n'employai d'abord ces moyens qu'avec une timide circonspection, et mes succès alors furent plus rares et plus douteux. »

Voici maintenant quelles furent les nouvelles considérations qui affermirent M. Petit dans ses vues principales de traitement, et comment il accommoda sa méthode à certaines circonstances de la maladie. « Observant, dit-il, que le siége de l'affection que j'avais à ménager était invariablement et *exclusivement* l'extrémité de l'intestin grêle dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, il me vint dans la pensée de tirer parti de cette disposition remarquable, pour donner au traitement la direction fixe et la marche énergique qu'exigeait l'urgence des circonstances. Je jugeai donc que si les toniques étaient administrés avec une modification telle, que l'estomac et la partie voisine du canal intestinal, toujours intacts dans la maladie (1), en supportassent seuls l'action immédiate, ce qui pourrait être indirectement ressenti par les parties affectées, deviendrait incapable de les offenser grièvement ; que ces médicaments seraient appropriés à cette intention s'ils étaient donnés sous forme soluble, diffusible et de facile absorption... Enfin, qu'il n'était ni impossible, ni invraisemblable qu'ici la maladie de l'intestin fût de nature à ne pas s'irriter de l'action des excitants, fût-elle immédiate et directe, comme cela s'observe dans les ulcères scrophuleux, atoniques, gangréneux, scorbutiques, etc. »

Voilà, dans toute sa pureté, la doctrine de M. Petit sur la fièvre entéro-mésentérique, considérée sous le double point de vue de ses caractères nosographiques et de son traitement.

Sans doute, les recherches de ce profond observateur resteront comme un des monuments les plus précieux de l'époque où il les fit. Sans doute, une foule de considérations contenues dans le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, sont marquées au coin des saines doctrines. Mais il faut le dire avec franchise, en méconnaissant, jusqu'à un certain point, le caractère éminemment inflammatoire de la lésion de la *membrane muqueuse de la fin de l'intestin iléon*, M. Petit a commis une erreur très-grave en matière de *nosogénie*. Je dis que cette erreur est très-grave, car elle a été le principe d'une méthode curative essentiellement vicieuse, en ce qui concerne l'élément dont il s'agit. D'un autre côté, après avoir posé en fait que l'altération intestinale est primitive et qu'elle est le foyer des symptômes généraux, M. Petit pense néanmoins que sans négliger entièrement l'altération dont il s'agit, la méthode curative doit principalement être dirigée contre les symptômes généraux. Ainsi, au lieu d'attaquer le mal dans ses racines, dans son origine même, M. Petit le combat surtout dans ses effets ; c'est comme si l'on voulait étouffer un incendie sans éteindre le foyer d'où il est né. Et c'est par une méthode exclusivement excitante et tonique que M. Petit croit satisfaire aux indications fondamentales que présente la maladie ! Il est vrai que cet honorable confrère nous vante, de très-bonne foi, ses succès. Ce n'était hélas ! qu'une illusion. A cette époque où la vraie méthode statistique n'était pas encore en usage, on décidait les questions de traitement, sans posséder les éléments nécessaires pour cela. Je démontrerai, dans une autre partie de cet Essai, quelle est, jusqu'ici, la méthode qui compte le plus de succès dans le traitement de la *fièvre entéro-mésentérique*, et l'on verra combien elle diffère de celle de M. Petit.

Quoiqu'il en soit, il est curieux de voir quelle était l'opinion de M. Pinel sur la nature de la maladie décrite par MM. Petit et Serres ; la voici :

« D'après la description de cette maladie, on ne peut méconnaître une véritable entérite, ou une inflammation violente de la membrane muqueuse des intestins grêles vers leur terminaison.... La fièvre *symptômatique* qu'on observe ici n'est point d'abord et par elle-même adynamique ou ataxique :

(1) Il n'est point exact de dire, au moins d'une manière générale et absolue, que dans la maladie appelée *fièvre entéro-mésentérique* par M. Petit, *fièvre* ou *affection typhoïde* par d'autres, l'estomac est toujours intact. C'est même là une erreur des plus graves, parce qu'elle a pu d'abord engager à suivre le traitement tonique et excitant, qui dans une immense quantité de cas, a été la cause principale de la transformation de la nuance dite *fièvre bilieuse* ou *gastrique* en celle dite *putride*, *typhoïde*, *gastro-adynamique*, et parce que, d'un autre côté, en localisant la maladie ainsi exclusivement dans les plaques de Peyer, les esprits subtils ont pu faire croire aux hommes simples et aux *commençants* qu'il n'y avait aucune analogie entre cette maladie et la gastro-entérite proprement dite. Le respectable et excellent confrère dont nous exposons ici les idées, est tombé lui-même dans cette dernière erreur. Après avoir dit que : « La membrane muqueuse de l'intestin « n'était que partiellement affectée, et qu'elle l'était si « *exclusivement* que, lors-même que l'ulcération l'avait « détruite, elle laissait voir les fibres musculaires et la « membrane péritonéale dénudées et intactes..... et que « l'affection des glandes mésentériques était de même na- « ture et ne s'étendait pas en général au-delà de leur sub- « stance propre, » M. Petit ajoute : « tout, d'ailleurs, dans « la cavité abdominale, était peu éloigné de l'état natu- « rel; nous n'y rencontrions aucun des vestiges ordinaires « des véritables phlegmasies intestinales..... Nous avons « rencontré un cas où la fièvre entéro-mésentérique était « compliquée d'entérite. L'inflammation avait son siége « dans le jéjunum; l'iléon, siége de la maladie essentielle, « en était exempt. » C'est-à-dire que l'ulcération, la suppuration, etc., de la *membrane muqueuse* de l'iléon (ce sont les propres termes de M. Petit) ne sont pas des caractères d'inflammation !

au plus haut degré de la maladie, elle prend l'un ou l'autre de ces caractères, et surtout le premier. On ne trouve donc aucune raison pour faire d'une pareille maladie un nouvel ordre de fièvres, et la plupart des médecins étant convenus maintenant de regarder la fièvre dite *puerpérale* comme une inflammation du péritoine ou de divers organes abdominaux, n'admettront, je pense, la fièvre *entéro-mésentérique* que comme une inflammation des intestins. Du reste, cette variété de l'entérite aiguë est vraiment remarquable par le peu d'intensité des symptômes locaux, par la constance et la marche régulière de la plupart des phénomènes généraux, par le caractère et le siége fixe de l'altération qu'on a trouvée après la mort. »

On lit le passage que nous venons de citer, dans la sixième édition de la *Nosographie*, publiée en 1818. C'est par là que se termine le volume consacré à la classe des *fièvres essentielles*. En l'écrivant, M. Pinel ne s'apercevait pas qu'il donnait réellement gain de cause à la doctrine de M. Broussais, repoussée par lui dans deux endroits du même volume. Il ne prévoyait pas alors que ses élèves, ses partisans, ceux qui s'élevaient contre la nouvelle doctrine pyrétologique proclamée en 1816, professeraient un jour eux-mêmes que les *fièvres* essentielles qu'il avait admises rentraient toutes dans la *fièvre ou affection typhoïde*, c'est-à-dire, dans la fièvre entéro-mésentérique, c'est-à-dire, dans la violente inflammation des intestins grêles de M. Pinel, c'est-à-dire, dans la gastro-entérite de M. Broussais (1). C'est ainsi que, par la force irrésistible de la vérité, M. Pinel et ses défenseurs déposent, en quelque sorte à leur insu, en faveur de la réforme pyrétologique sur laquelle nous allons bientôt revenir. C'est un beau triomphe pour une doctrine que de vaincre ses adversaires avec leurs propres armes!

V. Les travaux que nous venons d'examiner ne furent pas les seuls qui parurent pendant le règne de la nosographie philosophique. En voici quelques autres qui doivent être signalés. Si nous ne les avons pas fait connaître, d'après l'ordre chronologique, c'était pour ne pas interrompre l'exposition de ceux qui roulaient spécialement sur le système pyrétologique de Pinel.

En 1806, Corvisart comble une des lacunes de la science par la publication de son bel *Essai sur les maladies organiques du cœur*. Il répand un jour nouveau sur le diagnostic de ces maladies, qui, malgré les travaux de Senac et de Morgagni, étaient encore journellement méconnues et souvent désignées sous le nom vague *d'asthme essentiel* (2).

(1) *Voyez* les Leçons de M. Chomel sur la fièvre typhoïde. 1834.

(2) M. Alibert, à cette époque, publie son magnifique ouvrage sur les maladies de la peau.

En 1807, Rasori jette les fondements de son fameux système du contro-stimulisme.

En 1808, M. Broussais fait paraître l'*histoire* des *phlegmasies chroniques*.

Bayle, en 1810, publie son *Traité de la phthisie pulmonaire*, et y développe une doctrine contraire à celle de M. Broussais sur l'influence de l'inflammation chronique dans la production des tubercules.

Les faits ont prononcé entre Bayle et M. Broussais, et malgré les soutiens que la *théorie* de Bayle a trouvés de nos jours, elle n'en est pas moins une des plus insignes erreurs dans lesquelles observateur soit jamais tombé.

Je regrette que le cadre étroit dans lequel je suis forcé de me circonscrire, ne me permette pas d'analyser ici tous les travaux que je viens de mentionner et beaucoup d'autres qui surgirent à la même époque, tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Italie.

ARTICLE V.

État de la Médecine depuis Bichat et Pinel jusqu'à nos jours.

Si l'époque médicale que nous venons de parcourir est belle, celle qui l'a suivie et dont il nous reste à rendre compte, ne l'est pas moins. Cette nouvelle ère est peut-être même la plus glorieuse qui ait encore existé pour la médecine. Parcourons-la rapidement, jugeons-la avec la même impartialité que les autres, et saluons avec respect et admiration ses Bichat, ses Pinel et ses Corvisart.

Voyons d'abord comment la nouvelle école physiologique a formulé ses principes généraux, ou si l'on veut sa philosophie. Or, le passage suivant du véritable chef de la physiologie expérimentale moderne nous en offrira un aperçu qui suffit à notre objet.

§ Ier *École de M. Magendie.*

« Les sciences naturelles ont eu, comme l'histoire, leur temps fabuleux. L'astronomie a commencé par l'astrologie; la chimie était naguère *l'alchimie*; la physique n'a été long-temps qu'une vaine réunion de systèmes absurdes, etc. Telles furent les sciences naturelles jusqu'au XVIIe siècle. Alors parut Galilée, et d'admirables découvertes apprirent au monde que pour connaître la nature, il fallait l'observer, et par dessus tout l'interroger au moyen des expériences. Cette philosophie féconde fut celle de Newton.

» Mon but principal, en écrivant cet ouvrage, a été de contribuer à changer l'état de la physiologie, en un mot de faire éprouver à cette belle science l'heureuse rénovation des sciences physiques.

» La croyance, si nuisible et si absurde, que les lois physiques n'ont aucune influence sur les corps vivants, n'a plus la même force ; les bons esprits commencent à entrevoir qu'il pourrait y avoir dans l'animal vivant divers ordres de phénomènes, et que des actes simplement physiques n'excluent pas des actions purement vitales.

» Encore quelques années, et la physiologie, liée intimement aux sciences physiques, ne pourra plus faire un pas sans leur secours ; elle acquerra la rigueur de leur méthode, la précision de leur langage, et la certitude de leurs résultats.

» La médecine, qui n'est que la *physiologie de l'homme malade*, ne tardera pas à suivre la même direction, et nous en verrons ainsi disparaître toutes ces explications monsongères qui, aliment des intelligences les plus infimes, la défigurent depuis si long-temps (1). »

(1) Dans cette rapide revue des progrès récents de la science de l'homme sain, on ne saurait oublier la remarquable révolution que Gall a fait subir à l'anatomie et à la physiologie du cerveau. Certes, c'est une heureuse et belle idée que celle de la *pluralité* des organes ou *sens* cérébraux, et de la *localisation* des diverses facultés intellectuelles et morales dont ils sont les instruments.

Sans doute, il reste infiniment à faire pour la détermination précise du siége de ces facultés et de leurs instruments ; sans doute, cette science naissante est enveloppée encore d'obscurités, de doutes, d'incertitudes. Mais la base même de la doctrine repose sur une si nombreuse collection de faits et d'observations, qu'elle est inébranlable. Aussi les partisans sages et éclairés de la *phrénologie* bien entendue, se multiplient-ils chaque jour. Un physiologiste célèbre, M. Magendie, traite assez durement, il est vrai, les phrénologistes, et personne plus que nous n'a de respect pour une aussi imposante autorité. Toutefois, nous croyons que son jugement a été trop sévère. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« La phrénologie, *pseudo-science* de nos jours, comme « étaient naguère l'*astrologie*, la *nécromancie*, l'*alchi-* « *mie*, prétend localiser dans le cerveau les diverses sortes « de mémoire ; mais ses efforts se réduisent à des assertions « qui ne soutiennent pas un instant l'examen. Les *crano-* « *logues*, à la tête desquels est le docteur Gall, vont beau- « coup plus loin : ils n'aspirent à rien moins qu'à détermi- « ner les capacités intellectuelles par la conformation des « crânes, et surtout par les saillies locales qui s'y remar- « quent. Un grand mathématicien offre certaine élévation « non loin de l'orbite ; c'est là, n'en doutez point, qu'est « l'organe du calcul ; un artiste célèbre, a telle bosse au « front, c'est là qu'est le siége de son talent ! Mais, ré- « pondra-t-on, avez-vous examiné beaucoup de têtes « d'hommes qui n'ont pas ces capacités ! Êtes-vous sûr que « vous n'en rencontriez pas avec les mêmes saillies, les « mêmes bosses ? N'importe, dit le cranologue, si la bosse « s'y trouve le talent existe, seulement *il n'est pas déve-* « *loppé;* mais voilà un grand géomètre, un grand musicien « qui n'a pas votre bosse ; n'importe, répond le sectaire, « croyez ! Mais quand il y aurait toujours, reprend le sep- « tique, telle conformation réunie à telle aptitude, il fau- » drait encore prouver que ce n'est pas une simple coïnci- « dence, et que le talent d'un homme tient réellement à la « forme de son crâne. Croyez, vous dis-je, répond le phré- « nologue ; et les esprits qui accueillent avec empresse- « ment le vague et le merveilleux, croient ! Ils ont raison, « car ils s'amusent, et la vérité ne leur inspirerait que de « l'ennui. »

Ceux qui ont étudié la saine phrénologie et qui savent que, comme toute autre science naturelle, elle ne procède que par voie d'observation, seront un peu surpris à la lecture du précédent passage de la physiologie de M. Magendie. Ils n'y verront qu'une plaisanterie sur les *bosses* et non une discussion vraiment scientifique et philosophique. Les vrais phrénologistes n'imposent point de croyance : ils veulent qu'on examine, qu'on observe, qu'on répète sans cesse les observations et les expériences, et c'est par cette méthode qu'ils sont parvenus à saisir les rapports qui existent entre le développement de certaine région du cerveau et la saillie des régions correspondantes du crâne, entre le développement de certaines régions du cerveau et le développement de certaines facultés morales et intellectuelles, etc. Est-ce avec l'argument de la plaisanterie et de l'ironie qu'on doit traiter un homme tel que Gall, c'est-à-dire un des plus profonds observateurs que les siècles aient jamais produits, et qui, comme il le dit lui-même, poursuivit ses recherches, *poussé seulement par son penchant à l'observation et à la réflexion* ? Voulait-il qu'on le crût sur parole, lui qui écrivait : *J'ai la certitude que l'on sera d'autant plus frappé de la vérité et de l'utilité de la physiologie du cerveau, qu'on l'aura soumise à des épreuves plus rigoureuses et plus multipliées* ?

Qu'y a-t-il donc de si plaisant, de si ridicule, de si merveilleux à reconnaître que, toutes choses égales d'ailleurs, celui-là aura des facultés morales et intellectuelles d'autant plus puissantes, plus énergiques, plus multipliées, qu'il possédera un cerveau plus volumineux, que ces facultés sont développées en raison directe de la masse du cerveau en général, et que la loi dont il s'agit doit être appliquée à chaque partie du cerveau comme à cet organe considéré en masse ?

Je le répète, le problème de la *localisation* des facultés morales et intellectuelles, si variables, suivant les individus, réclame encore d'immenses recherches : les phrénologistes éclairés en conviennent les premiers. Mais est-ce une raison pour ne pas mettre à profit dès à présent les vérités que l'expérience et l'observation ont constatées ? En vain Cuvier et Napoléon lui-même s'opposèrent à la doctrine de Gall. Elle triompha de leur résistance, et, par une vengeance digne d'elle, elle se sert des têtes de ces deux grands hommes pour appuyer ses principes, si long-temps mal saisis. Après une telle victoire, quels ennemis la phrénologie bien comprise aurait-elle désormais à redouter ? M. Magendie lui-même reconnaît en quelque sorte la légitimité de cette science, et rend hommage à son principe fondamental quand, après avoir traité des fonctions du cerveau, suivant l'ancienne méthode, il ajoute en note : « ce serait ici le lieu de traiter de l'usage des diverses par-

Ce programme de l'école physiologique moderne ne saurait trouver aucune opposition parmi les

hommes éclairés et compétents. En déclarant formellement que la *médecine est la physiologie de l'homme malade*, M. Magendie professe le même principe fondamental, qui conduisit M. Broussais à donner le nom de *Physiologique* à la *médecine* réformée par lui. Occupons-nous maintenant de ce grand changement.

§ II. *École de M. Broussais. Révolution médicale de* 1816.

Quelque bien organisé, quelque *vivace* que fut pour ainsi dire le système de Pinel, son destin était de périr, car dans les sciences progressives comme la médecine, il n'est pas donné au même homme d'être toujours leur principal représentant.

Chaque jour ce système devenait de plus en plus chancelant, et menaçait de s'écrouler sur sa base minée de toutes parts, ainsi que nous l'avons fait remarquer un peu plus haut. Tout était préparé pour une nouvelle révolution médicale: il ne manquait plus, pour ainsi dire, que la venue du messie médical qui devait accomplir cette régénération. Ce messie parut enfin, sous le nom de M. Broussais.

Généralisateur hardi, autant qu'habile et profond observateur, cet illustre maître porta un coup mortel à la *doctrine la plus généralement adoptée* par la publication de ce fameux *Examen*, qui parut en 1816 (1). Depuis vingt ans que le monde médical tout entier retentit du bruit de la *doctrine* fondée par M. Broussais, tant de livres, tant de journaux, l'ont exposée que nous n'avons pas besoin d'y insister très-longuement ici.

Voici le résumé de la critique de M. Broussais sur la classification de M. Pinel:

« Il résulte, dit M. Broussais, de toutes les discussions auxquelles je me suis livré : 1° que les classificateurs ont partagé arbitrairement les signes extérieurs les plus saillants des affections de nos organes, en un certain nombre de groupes ou collections abstraites sous le nom de maladies ; 2° que ces groupes de symptômes sont formés de manière qu'ils ne représentent point l'état des organes souffrants, parce que les auteurs manquent essentiellement de physiologie; 3° que, puisqu'ils ont fait une décomposition vicieuse de la somme des désordres pathologiques, ils ne les ont point analysés ; 4° que leurs groupes de symptômes n'étant point applicables aux affections des organes, puisqu'ils confondent des lésions qui devraient être séparées, et en séparent d'autres qui devraient être réunies, ces groupes sont non-seulement inutiles, mais encore nuisibles à l'étude, en forçant l'esprit à un travail continuel pour rectifier les erreurs qu'ils y ont introduites; 5° qu'en assujettissant leurs prétendues maladies à des marches déterminées et qui n'ont rien de réel, ces auteurs ont porté le fatalisme dans la médecine, et mis des entraves au traitement... »

Le pivot sur lequel roule en quelque sorte tout le système de M. Broussais, son principe fondamental, celui sur lequel il revient souvent, qu'il développe sous toutes les formes, et avec une sorte de complaisance, c'est que la médecine doit reposer sur l'anatomie et la physiologie. Après avoir exposé un nouveau plan d'études pathologiques, il termine ainsi : « cette classification uniquement fondée sur l'anatomie et sur la physiologie, me paraît la seule qui puisse être adoptée au siècle où nous vivons. » Il dit ailleurs : « toutes les classifications qui tendent à nous faire considérer les maladies comme des êtres particuliers sont défectueuses, et un esprit judicieux est sans cesse, et comme malgré lui, ramené vers la recherche des organes souffrants. » Mais, ajoute-t-il, ce n'est pas assez de savoir quel est l'organe malade, il faut encore déterminer *pourquoi* il l'est, *comment* il l'est, et de *quelle manière il est possible de faire qu'il ne le soit plus.* » Il répète dans un autre endroit, en commençant l'*appréciation des nosologies les plus modernes :* « Que toute classification qui tendrait à isoler les phénomènes pathologiques des organes dont ils expriment la souffrance, serait essentiellement défectueuse. » Enfin, dans la préface du même livre, il recommande de « puiser dans la physiologie les traits caractéristiques des maladies et de débrouiller, par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants. »

Certes, quiconque a lu cet ouvrage avec attention, s'étonnera que plus tard, un auteur, d'ailleurs fort honorable, ait cru avoir créé de toutes pièces, la *médecine organique*. Que l'on compare les propositions fondamentales du *cours de médecine clinique* avec celles exposées dans le premier *examen*, et j'affirme, après avoir fait moi-même cette comparaison, qu'on ne trouvera aucune différence essentielle entre les unes et les autres. Évitons de nous

« ties du cerveau, dans l'intelligence et dans les facultés « instinctives..... Nous nous occupons depuis long-temps « d'observations et d'expériences directes sur ce point; nous « nous empresserons d'en faire connaître les résultats aussitôt que nous les jugerons dignes d'être rendus publics. »

L'auteur de cet *Essai* a déjà fait pour sa part de nombreuses expériences directes, qu'il a communiquées à l'Institut et publiées plus tard. Or, ces expériences confirment pleinement les principes fondamentaux de la doctrine de Gall, bien qu'elles ne soient pas toujours d'accord avec quelques-unes des assertions de cet illustre observateur sur la localisation particulière de certaines facultés.

(1) Déjà depuis deux ans, dans les cours particuliers de Médecine qu'il fit, à son retour des armées en 1814, M. Broussais enseignait les principes contenus dans l'*Examen*. Sans la grande catastrophe de 1814, qui sait si jamais M. Broussais eût accompli sa glorieuse destinée de réformateur de la Médecine ?

engager dans de stériles disputes de mots, et que la médecine *organique* et la *médecine* physiologique soient donc désormais une seule et même médecine.

Mais poursuivons l'analyse de la nouvelle doctrine, et faisons connaître en particulier ses principaux dogmes en ce qui concerne la première et la cinquième classes de la *nosographie philosophique*, savoir : les fièvres *essentielles* et les *lésions organiques*.

I. La négation de l'*essentialité* des fièvres et leur localisation dans le tube digestif, à titre de *phlegmasie aiguë* de la membrane muqueuse ou folliculeuse de cet appareil, voilà, sans contredit, une des propositions les plus capitales de la *nouvelle* doctrine. Après avoir signalé des inconséquences et des contradictions dans la doctrine pyrétologique de M. Pinel, M. Broussais se résume ainsi :

1° Les mots *fièvre gastrique et fièvre muqueuse* ne donnent l'idée que de deux groupes de symptômes appartenant à quelques-unes des nuances de l'irritation des voies digestives ; ils laissent dans l'ignorance sur toutes les autres et conduisent à une pratique hasardeuse et souvent funeste ; 2° les mots *fièvre adynamique*, en fixant l'attention sur la faiblesse musculaire et sensitive, présentent l'idée d'un groupe de symptômes qui peuvent dépendre non-seulement de l'irritation des voies digestives, mais encore de toutes les phlegmasies étendues et douloureuses et loin de conduire à un traitement approprié, ils empêchent le médecin de recourir aux seuls moyens qui puissent remonter les forces, ceux qui calment l'irritation et la douleur de l'organe enflammé (M. Broussais ajoute, ailleurs, que la putridité et l'adynamie cesseront de surprendre les observateurs, lorsqu'ils auront bien réfléchi aux conséquences nécessaires d'une phlegmasie muqueuse des intestins; c'est-à-dire lorsqu'ils se représenteront le cloaque de l'économie abandonné aux ravages d'une inflammation véhémente); 3° les mots *fièvre ataxique* dépeignent à l'imagination différents groupes de symptômes qui peuvent reconnaître pour cause immédiate l'irritation du centre nerveux, celle des viscères principaux de la poitrine et du bas-ventre ; ils ne sauraient nous mettre sur la voie d'un traitement rationnel, mais plutôt, en associant l'idée de faiblesse à celle d'ataxie, ils doivent enfanter une thérapeutique aussi pernicieuse qu'elle est inconsidérée.

II. Après avoir dit que la classe des lésions organiques, qui consistent en un *changement dans la structure intime des organes* est un chef-d'œuvre de contradictions, d'inconséquences et d'irréflexion ; après s'être étonné de ce que des médecins qui font profession de cultiver la physiologie et l'anatomie pathologique aient pu admettre une classe où figurent à côté les uns des autres, la syphilis, la gangrène, le scorbut, le cancer, les hydropisies, le diabètes et les vers, etc. ; après avoir montré que le phlegmon, le catarrhe, la dyssenterie ne désorganisent pas avec moins d'intensité que les irritations locales dont se compose la syphilis, bien qu'ils ne soient pas donnés pour des *lésions organiques* ; après avoir fait ressortir les relations du cancer et des turbercules avec les *phlegmasies chroniques* ; après ces considérations préliminaires, disons-nous, M. Broussais poursuit ainsi :

« Je ne saurais trop insister sur les vices de la classe des lésions organiques, puisque ce mot n'est propre qu'à flatter la paresse des médecins et à les empêcher de remonter à la véritable cause de ces affections qui ne sont, dans le fait, que les cachexies des premiers nosologistes *mutato nomine*, et dont l'origine se trouve *presque* toujours dans les maladies aiguës.

» Mais, dira-t-on, n'admettez-vous donc point de lésions organiques primitives, c'est-à-dire indépendantes de toute autre maladie ?

» J'admets au nombre des vices organiques, les défauts de conformation, les adhérences contre nature, le développement imparfait ou exagéré de certaines parties, le défaut ou l'existence insolite de quelques organes, les déplacements, divisions, solutions de continuité, par l'effet des causes violentes. Je conviens ensuite qu'il s'opère quelquefois, et d'une manière insensible dans l'intérieur de nos tissus, des dégénérescences et des transformations qui ne sont point précédées d'un état pathologique bien marqué; mais je veux qu'on éclaire le mécanisme de leur production dans les cas obscurs, par ceux qui sont si évidents que tous les yeux en sont frappés..... Ce n'est pas que je prétende que l'on parvienne à reconnaître le mécanisme, ou mieux la physiologie de toutes les dégénérations possibles..... J'ai conclu de la doctrine de nos pères, et de mes propres observations, que les dégénérations turberculeuses et cancéreuses étaient bien souvent l'effet d'une affection inflammatoire. »

Il eût été surprenant qu'un médecin de l'école de Bichat eût nié formellement l'altération des liquides en général et du sang en particulier, Aussi, bien loin de la nier, M. Broussais combat ceux qui ne l'admettent pas : voici, par exemple, ce qu'il dit à l'occasion du scorbut, lequel, comme on sait, a été placé par M. Pinel dans la classe des lésions organiques. Après une savante discussion par laquelle il prouve, 1° que la fongosité des gencives et les pétéchies des scorbutiques sont dus à une altération *primitive* du sang ; 2° que les mauvais aliments ont commencé par *empoisonner*, par *corrompre le sang*, M. Broussais s'explique ainsi sur la nature du scorbut.

« Ainsi, le scorbut est véritablement une maladie humorale ; et, quoiqu'en puissent dire les vitalistes exclusifs et les Browniens, elle n'est pas le pur et simple effet de la débilité générale. Il est donc des

cas où les maladies peuvent commencer par les fluides ; et c'est alors par les fluides qu'il faut les attaquer. »

Voilà ce qu'on lit à la page 286 de l'Examen, et un peu plus bas l'auteur parle de la *cacochymie* du sang (car, dit-il, ce mot, tout proscrit qu'il est, convient fort bien ici).

Il finit par exposer ses idées ingénieuses sur la localisation des dégénérations tuberculeuses et squirrheuses dans les vaisseaux blancs. « Pourquoi, dit-il, a-t-on repoussé cette idée? Est-ce le mot inflammation lymphatique qui a blessé les oreilles philosophiques? Eh bien, j'y renonce pour ne me servir que du mot irritation : n'en avais je pas dit assez dans l'*Histoire des phlegmasies* pour faire comprendre aux physiologistes que je ne confondais pas l'irritation chronique qui tuméfie, développe, décompose un faisceau lymphatique, avec l'inflammation du phlegmon? Ne fallait-il pas saisir l'idée et la féconder? Si on l'eût fait, la science y eût gagné, et j'aurais applaudi à la censure qui eût condamné mes expressions. On n'a point vu que le but de mon ouvrage était d'exercer les médecins à étudier l'irritation dans chacun de nos tissus, tels qu'ils peuvent la comporter, au lieu de les obliger tous, comme on a coutume de le faire, à éprouver les phénomènes du phlegmon, sous peine d'être taxés d'*asthénie*, de *spasme, d'engorgement*, ou, ce qui est encore plus vague et tient même en quelque sorte du niais, d'*affections chroniques*. C'est dans l'ouvrage de Bichat que j'ai puisé l'idée qui m'a guidé dans ces recherches.... Tel est l'état précis où j'ai trouvé la doctrine des irritations organiques : et le résultat de mes premiers essais est non-seulement d'avoir déterminé la nature de plusieurs nuances totalement ignorés, mais encore de les avoir rapportées aux différents tissus où elles peuvent se développer.... Mais je mis dans le titre de mon livre le mot *phlegmasie ;* c'en fut assez pour imposer aux esprits superficiels, qui ne lisent que la préface et la table des matières. On retint l'idée de la plus prononcée des irritations organiques, de celle du système sanguin, au degré du phlegmon ; on la transporta aux capillaires lymphatiques et cellulaires, chez un sujet pâle, maigre, languissant, cela parut ridicule, et l'on ferma le livre sans vouloir en vérifier le contenu. »

Tel est, en résumé, le système médical connu sous le nom de *Doctrine physiologique*. Malgré la vive opposition qu'elle eut à essuyer de tout côté, et particulièrement de la part de l'école dont elle attaquait le chef, *elle a* décidément *vaincu*, ainsi que l'a dit son illustre et mâle fondateur, dans la troisième édition de l'*Examen des doctrines*. Grâce à son éclatant triomphe, 1° l'essentialité des fièvres continues a disparu comme un vain fantôme, et *elles sont enfin rentrées dans la vaste classe des phlegmasies*, conformément à ce qu'avait prédit M. Broussais dans la préface de la première édition de cet ouvrage à jamais mémorable; 2° diverses maladies, jusque-là rangées dans la classe des *lésions organiques ou des névroses*, ont subi la même classification.

Comme tous les autres, le système nosologique de M. Broussais a reflué sur la thérapeutique : en agrandissant le cadre des phlegmasies, il a élargi l'application de la méthode antiphlogistique, et en localisant des maladies qu'on avait cru *primitivement générales*, il a surtout mis en honneur les émissions sanguines locales. Avoir substitué les sangsues et les émollients aux vomitifs, aux purgatifs, aux toniques et aux excitants dans le traitement des maladies dites fièvres essentielles, c'est là assurément une grande révolution thérapeutique.

Si jamais doctrine médicale ne souleva contre son auteur plus d'ennemis, jamais aussi, par une juste compensation, doctrine médicale n'excita un plus vif enthousiasme et ne réunit sous la bannière de son auteur une plus grande masse d'élèves et de prosélytes. Il en est parmi eux, je le sais, qui exagérèrent les principes du maître et cela était inévitable. D'autres, au contraire, tombant dans un excès opposé, ne les adoptèrent qu'avec des restrictions extrêmes, et l'on vit ici comme ailleurs s'interposer entre les partisans du présent et les partisans du passé cette secte fameuse connue sous le nom d'*éclectique*. Mais aujourd'hui, les éclectiques ont marché, et ils ont enfin reconnu la vérité et la solidité des deux dogmes fondamentaux de la *nouvelle doctrine médicale*.

La *non-essentialité* des fièvres, cette découverte à la fois si simple et si magnifique, a cependant trouvé de nombreux adversaires parmi lesquels se trouvent MM. Chomel et Laënnec.

M. Andral, qui ne l'avait pas formellement combattue dans la première édition de sa *Clinique médicale*, bien qu'il eût cru devoir consacrer aux *fièvres* un volume à part, a puissamment concouru à propager cette vérité, en l'adoptant positivement dans les seconde et troisième éditions de l'ouvrage indiqué. « Les progrès de la science m'ont engagé, dit-il, à ne pas consacrer, comme dans la première édition, un volume spécial aux *fièvres ;* j'ai cependant conservé avec soin toutes les observations que renfermait ce volume, mais je leur ai donné une autre place (1)... *depuis la publication de l'Examen des doctrines*, dit ailleurs ce savant observateur, dont on connaît la haute prudence, *de nombreux travaux sont venus appuyer la doctrine de la localisation des fièvres.* »

On lit avec plaisir dans la clinique de M. Rostan,

(1) Les unes ont été rangées parmi les observations relatives aux phlegmasies aiguës des viscères abdominaux, les autres parmi les observations relatives aux phlegmasies également aiguës des centres nerveux.

le passage suivant concernant la nouvelle révolution pyrétologique. Après avoir parlé des essais de quelques médecins pour faire disparaître les fièvres essentielles du cadre nosographique, il ajoute : « Il était réservé à M. Broussais de combattre avec avantage ces croyances de l'ancienne médecine : c'est une justice que nous aimons à lui rendre, et la postérité se plaira sans doute à reconnaître un service si éminent. »

Dans son *Examen de l'examen*, M. Louis lui-même déclare que ses résultats sont opposés à ceux de M. Chomel, si toutefois, comme cela me paraît certain, M. Chomel est bien l'ami dont parle M. Louis dans le passage suivant de sa brochure (1). Après avoir parlé de ses recherches sur l'affection typhoïde, faites dans le service de M. Chomel, M. Louis ajoute : « Que le lecteur dise si celui qui a publié des résultats opposés aux opinions d'un ami qui lui facilitait les moyens de se livrer à l'observation, n'a pas une complète indépendance de caractère... »

Il est seulement fâcheux que M. Louis, jouant en quelque sorte sur le mot entérite, ait refusé à la maladie qu'il appelle *affection* typhoïde, une place parmi les espèces que comprend le genre *entérite*. En effet, à qui pourrait-on faire croire que la lésion qui occupe la membrane *folliculeuse* de l'intestin grêle et spécialement les plaques de Peyer, n'est pas une *espèce d'entérite?* M. Louis dira-t-il que l'espèce d'entérite décrite avant lui, dans les cas de fièvre entéro-mésentérique, n'était pas la lésion qu'il a lui-même décrite ? Mais il ne pourrait le faire sans nier l'évidence même.

En regard des opinions de MM. Andral et Rostan, professées aussi par MM. Lallemand, Boisseau, Roche, Bégin, Rayer, Dugès, Billard, Chauffard, Scouttetten, ainsi que par nous-même, dès en 1826, époque de la publication du *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, plaçons l'opinion opposée de M. Chomel, telle qu'il l'a développée, en 1821, dans son *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles* (2).

« Les fièvres *idiopathiques*, dit-il, sont devenues beaucoup moins communes aux yeux de la plupart des médecins ; elles sont devenues pour plusieurs des maladies rares, et, au jugement de quelques autres, elles ont dû être rayées des cadres nosologiques, et rapportées toutes aux inflammations. Cette dernière opinion, « par cela même qu'elle était exclusive, opposée aux idées reçues et proclamée avec assurance, devait séduire la foule inexpérimentée » (1). Les mêmes motifs devaient prémunir contre elles les hommes instruits profondément dans la connaissance des maladies, et accoutumés d'ailleurs à mettre de la mesure dans leurs opinions et de la circonspection dans leurs jugements.

» Dans l'examen des cadavres des individus qui succombent aux *fièvres graves*, voici ce qu'on observe :

» I. Chez quelques individus, on ne rencontre aucune altération appréciable (2).

» II. Chez d'autres, on n'aperçoit qu'une rougeur légère, et souvent bornée à un très-petit espace du conduit digestif.

» III. Chez le plus grand nombre, les trois quarts environ, on trouve des ulcères plus ou moins nombreux dans les intestins, vers la valvule iléo-cœcale; les glandes mésentériques correspondantes sont rouges et tuméfiées, etc.... Dans quelques sujets, on ne rencontre plus que des traces d'ulcères cicatrisés. »

M. Chomel regarde « les ulcérations intestinales qui ont lieu fréquemment, mais non pas constamment, dans le cours des fièvres, comme étant *très-souvent l'effet* et *rarement la cause* des symptômes que l'on observe. »

Il conclut, en définitive que, « dans l'état actuel de la science, on doit admettre des fièvres idiopathiques (autrement dit *essentielles*), c'est-à-dire des affections caractérisées par une marche aiguë et par un trouble général des fonctions, « indépendantes de toute affection locale primitive, et ne laissant après la mort, dans les organes, aucune altération à laquelle on puisse attribuer les phénomènes qui ont lieu pendant la vie. »

Voilà ce que professait M. Chomel en 1821. Dans un nouvel ouvrage qu'il vient de publier sur le même sujet (3), il n'en et plus ainsi : il se rapproche de la foule inexpérimentée, et enseigne que toutes les fièvres qu'il avait admises « ne sont que des variétés d'une même affection, qu'il désigne préférablement par le nom de fièvre ou maladie typhoïde, et que d'autres ont décrite sous le nom d'entérite folliculeuse » (page 1). Il ne dit plus qu'il a rencontré des cas de fièvres essentielles sans altération appréciable après la mort, ni que chez

(1) Si je suis dans l'erreur à ce sujet, je m'empresserai de la réparer, aussitôt que j'en aurai été averti.

(2) Ce ne sera que dans le paragraphe suivant, consacré à la découverte de l'*auscultation* par Laënnec, que j'examinerai l'opposition de cet auteur à la *nouvelle doctrine* en général et à son système *pyrétologique* en particulier.

(1) Ainsi, MM. Lallemand, Andral, Rostan font partie de la foule *inexpérimentée*, et ont adopté l'opinion de la *non-essentialité* des fièvres, *parce qu'elle était exclusive*, etc.

(2) M. Chomel, qui ne fait point partie de la foule *inexpérimentée*, mais bien des *hommes profondément instruits dans la connaissance des maladies*, etc., cite des observations de ce genre qui lui sont propres. Toutefois, dans un ouvrage plus récent, dont nous parlerons plus bas, il s'est bien gardé de rappeler ces observations.

(3) *Leçons sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1834.

les trois quarts seulement on trouve des ulcérations intestinales; voici, au contraire, ce qu'il déclare : « L'inflammation folliculeuse des intestins est tellement fréquente chez les sujets qui succombent à la maladie qui nous occupe, que depuis cinq ans nous n'avons pas rencontré un seul fait exceptionnel » (page 28).

Du reste, M. Chomel n'en pense pas moins que la maladie peut exister sans la lésion des follicules intestinaux. Il faut espérer que dans une autre édition de son ouvrage, il abandonnera cette étrange opinion, et qu'il finira par se convertir entièrement à l'opinion de la *foule* inexpérimentée.

Partisan sincère et indépendant de tous les hommes qui se sont illustrés par des découvertes plus ou moins importantes, je n'ai pas cru devoir faire une exception vraiment impie à l'égard de l'immortel auteur des *Phlegmasies chroniques* et de l'*Examen des doctrines*. J'ignore quel jugement définitif la postérité portera sur ce qu'on désigne sous le nom de système de l'irritation (1) ; mais on peut prédire, sans être un prophète bien savant, 1° que la *localisation* des fièvres dites essentielles continues, leur *ralliement* à la classe des phlegmasies ; que la doctrine qui rattache aux phlegmasies chroniques, diverses altérations organiques, considérées jusque-là comme *des espèces* morbides essentiellement distinctes de celles décrites sous le nom de phlegmasies ; 2° que la simplification du traitement des fièvres, et de plusieurs des maladies autrefois comprises dans la classe des lésions organiques et des névroses; 3° que la substitution de la méthode antiphlogistique à la méthode tonique, stimulante, *incendiaire*, dans le traitement des fièvres dites adynamiques et ataxiques, on peut prédire, je le répète, que ces trois grandes idées assurent à celui qui les a conçues et fait adopter une gloire éternelle.

Cette gloire resterait immense encore, quand il serait vrai, ce qui, à mon avis, ne l'est pas, que la phlegmasie *éruptive* et *ulcérative* que l'on rencontre dans les cas de fièvres *essentielles*, n'est que secondaire, et que la fièvre *typhoïde* qui comprend aujourd'hui, selon M. Chomel lui-même, toutes les fièvres essentielles qu'il avait admises autrefois, n'est autre chose qu'une sorte de *variole intestinale*.

Quelque soit, au reste, l'opinion qu'on professe aujourd'hui sur la nature des maladies dites fièvres essentielles, il est certain que l'ancienne méthode de les traiter a été généralement abandonnée, et que les succès ont été pour ceux qui ont adopté la méthode de M. Broussais, soit *pure*, soit *modifiée* (1).

§ III. *Découverte de la méthode de l'auscultation par Laënnec. Opposition de cet auteur à la doctrine de M. Broussais.*

Laënnec est, sans contredit, un des hommes dont le nom honore le plus la France médicale. Il s'est surtout illustré et vraiment immortalisé par la découverte d'une nouvelle méthode d'exploration, qu'il a désignée sous le nom d'*Auscultation médiate* (2). Grâce à cette heureuse invention, Laënnec a

(1) J'ai dit ailleurs ce que je pensais pour mon propre compte du système dont il s'agit, en analysant l'ouvrage de M. Broussais sur l'*irritation* et la *folie*.) *Voir le Journal hebdomadaire*.)

Au reste, le passage suivant de M. Broussais est une réfutation suffisante de ceux qui l'accusent d'avoir tout réduit à l'irritation :

« J'ai soutenu que la plupart des maladies dépendent de « l'irritation; mais je n'ai pas prétendu qu'elles en fussent « toutes le résultat... et d'ailleurs notre doctrine n'est « point intitulée la doctrine de l'irritation, mais la doc- « trine physiologique ; ainsi elle repose nécessairement sur « *toutes les modifications que peut éprouver la vie* et non « pas seulement sur son exaltation, quoique celle-ci soit « incomparablement la plus fréquente. » (*Examen des doc- « trines*, 2e et 3e éditions.)

(1) Défenseur du dogme de l'essentialité des fièvres, dans les premiers temps où déjà M. Broussais avait exposé sa belle doctrine de la *désessentialisation* de ces maladies, M. Chomel s'est, en grande partie, réfuté lui-même dans un ouvrage récent, sous le double rapport des doctrines et de la thérapeutique. Ce qu'il y a de plus admirable, c'est que, dans un travail où l'on est forcé de sacrifier en quelque sorte au nouveau culte de la médecine, on a eu le courage stoïque de ne pas prononcer une seule fois le nom de M. Broussais, et de ne parler de l'école physiologique qu'avec ce dédain superbe qu'inspire la supériorité et qui sied si bien à un fier triomphateur.

(2) Tout le monde sait aujourd'hui que, dans l'immense majorité des cas, on peut se dispenser, comme on se dispense en effet, avec avantage, de l'emploi du stéthoscope, pour ausculter les bruits ou sons divers qui se passent dans les organes de la respiration et de la circulation, ainsi que dans quelques autres organes.

Quant à la première idée de l'auscultation, elle remonte, comme nous l'avons vu plus haut, à Hippocrate lui-même. C'est Laënnec, le premier, qui a rappelé l'attention sur le passage, généralement oublié, dans lequel l'oracle de Cos a parlé de cette méthode. Hippocrate recommande, d'ailleurs, *l'auscultation immédiate*, ou à l'oreille nue, dans le cas particulier pour lequel il a parlé de cette méthode.

Corvisart dit avoir entendu plusieurs fois les battements du cœur, *en écoutant très-près de la poitrine*.

Laënnec rapporte aussi qu'à l'époque où il suivait la clinique de Corvisart avec Bayle, celui-ci *appliquait quelquefois l'oreille sur la région précordiale pour étudier les battements du cœur*.

Quoiqu'il en soit de ces remarques, il demeure toujours certain qu'avant Laënnec, l'*auscultation* n'avait pas pris rang parmi les méthodes d'exploration habituellement usitées dans les maladies des organes de la cavité thoracique, et que de l'avénement de ce grand observateur doit dater l'*invention* véritable de cette précieuse méthode.

pour ainsi dire doué le diagnostic d'un nouveau sens. En effet, depuis Laënnec, le sens de l'ouïe partage avec celui de la vue et du toucher, le privilége de fournir au diagnostic les plus importantes données. Ce nouveau *sens médical*, dans les cas où la vue et le toucher ne sont pas applicables, les remplace et constitue un lumineux flambeau sans lequel l'art du diagnostic serait éternellement resté environné de doutes et d'incertitude. C'est ainsi, par exemple, que dans les maladies des poumons et du cœur, l'oreille, s'il m'est permis de parler de la sorte, *voyant* et *touchant* ces organes, recueille, au moyen d'un examen attentif, des signes qui, comme l'a dit Laënnec, rendent le diagnostic de la plupart des maladies dont il s'agit, aussi sûr que celui de certaines maladies chirurgicales, telles que les fractures et les luxations entre autres. Déjà, sans doute, la percussion avait dissipé quelques-unes des obscurités dont le diagnostic des affections des poumons et du cœur était enveloppé; mais combien il restait encore à faire ! Combien de ces maladies échappaient à la percussion, qui nous ont été révélées par l'*auscultation!* Aussi, n'est-ce réellement que de l'époque où cette dernière méthode a été pratiquée avec toute l'exactitude convenable, qu'il n'est plus permis de s'écrier, avec Baglivi : *O quantum difficile morbos pulmonum curare*! O QUANTO DIFFICILIUS EOS DIGNOSCERE !

Ce n'est pas ici le lieu de descendre dans tous les détails qui se rattachent à la célèbre *invention* de Laënnec : il nous faudrait un volume pour exposer et discuter tous les signes dont la méthode de l'auscultation a enrichi la séméiotique.

Si Laënnec a fait preuve d'une admirable sagacité dans l'observation des phénomènes fournis par l'auscultation, il n'en a pas été toujours ainsi dans l'interprétation de quelques-uns de ces phénomènes. J'oserai même dire que dans les explications antiphysiques qu'il a proposées sur plusieurs des bruits anormaux du cœur et des artères, on ne reconnaît plus le génie supérieur dont il a fait preuve sous tant d'autres rapports. Mais n'insistons pas trop sur ces erreurs d'un homme qui, après M. Broussais, est incontestablement la plus grande illustration médicale de son époque (1).

On voit, avec une véritable douleur, l'illustre Laënnec figurer parmi les hommes qui ne rendirent pas justice à la doctrine dite physiologique en général, et à la doctrine de la localisation des *fièvres essentielles* en particulier. L'opposition que cette doctrine rencontra dans Laënnec est d'autant plus étonnante qu'à une époque antérieure, ainsi que nous l'avons vu, cet auteur avait lui-même attaqué indirectement le système de Pinel, et professé que la « fièvre muqueuse ou pituiteuse est une affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intestinale. » Cette sorte de contradiction que nous avons déjà signalée précédemment, s'explique assez difficilement de la part d'un auteur qui, à l'époque où il combattait la doctrine pyrétologique de M. Broussais, avait eu tant de fois de nouvelles occasions de rencontrer « l'affection inflammatoire particulière de la membrane muqueuse intestinale chez les sujets affectés de fièvres graves (fièvres essentielles de Pinel).

La doctrine de la *localisation* des fièvres aurait dû, je le répète, être accueillie avec éloge par un médecin tel que Laënnec, qui avait cultivé avec tant de succès l'anatomie pathologique, « la seule base des connaissances positives en médecine, » comme il le disait lui-même. Au reste, ce célèbre observateur n'a jamais sérieusement discuté ce point de doctrine. Est-ce effectivement une réfutation sérieuse que la note suivante, qui se trouve à la page 438 du tome 1er du *Traité de l'auscultation médiate* ? « Les faits et le raisonnement s'accordent, dans l'état actuel de la science, pour prouver que les lésions du canal intestinal auxquelles M. Broussais attribue la cause des fièvres continues, n'en sont que l'effet : les faits, car la tuméfaction des cryptes muqueux ou glandes de Payer, l'inflammation et l'ulcération de la membrane muqueuse, sont, dans la plupart des cas, évidemment postérieures, d'après les symptômes qui les indiquent, à la fièvre, et n'en sont par conséquent pas plus la cause que l'inflammation de la peau n'est celle de la petite vérole..... On retrouve *exactement* les mêmes lésions chez des

(1) Tandis que Laënnec s'était constitué l'un des antagonistes les plus décidés de M. Broussais, celui-ci, au contraire, rend une éclatante justice à la découverte de son adversaire. « Je me réjouis sincèrement, dit-il, que ces « progrès dans la science du diagnostic soient l'ouvrage « d'un médecin français. Il doit sans doute lui en revenir « beaucoup d'estime de la part de tous nos confrères ; c'est « pour cette raison que je me crois obligé de relever les er- « reurs qui pourraient se glisser dans la pratique, sous les « auspices d'un nom devenu si recommandable..... Le nom « de Laënnec restera dans la science, et sera toujours ho- « norable pour sa patrie. Ce qu'il a fait de bon sera mis à « profit, et ses erreurs, qu'on se lassera de lui reprocher, « tomberont dans l'oubli. » (*Examen*, t. IV, p. 334, 3e édition.)

Laënnec répondait à cet éloge, en allant jusqu'à insinuer que M. Broussais est un *inspiré* dont toute la gloire consiste à prescrire des sangsues et la diète exténuante : « Je désire, dit-il, ironiquement, que la science créée par « ses INSPIRATIONS dispense les élèves de l'acquisition de « celle que nous ne pouvons leur transmettre qu'autant « qu'ils veulent étudier et vérifier avec patience les ob- « servations des hommes qui sont venus avant eux; enfin « que, comme M. Broussais lui-même, ils puissent, à l'aide « des sangsues et de la diète exténuante, guérir ou préve- « nir toutes les maladies que nous regardons comme incu- « rables. » (*Préf.*, p. xxvj.)

sujets attaqués d'une simple diarrhée sans fièvre et on les trouve même quelquefois assez étendues chez des sujets qui se croyaient bien portants et qui sont morts par suite d'accidents. Il n'est pas très-rare, en outre, de ne pas trouver d'ulcères dans les intestins des fiévreux, et de n'y trouver que des altérations, ou évidemment cadavériques, ou si infiniment petites qu'il faut avoir renoncé à l'usage de la raison pour leur attribuer une maladie grave.

» Que si l'on examine la question *à priori*, et par la voie du raisonnement, il est certain que le trouble fébrile est capable par lui-même d'occasioner des congestions, ou plutôt qu'il en occasione nécessairement, et rien ne prouve que la membrane muqueuse intestinale doive être, plus que la peau qui recouvre la face, à l'abri de ces congestions. Il serait en quelque sorte plus rationnel d'attribuer la fièvre à la rougeur des pommettes, car nous avons la certitude qu'elle existe toujours, et à un degré contre nature, dans la fièvre; et nous n'avons pas la même certitude pour la membrane interne de l'estomac. »

Non, encore une fois, une pareille réfutation n'est pas sérieuse. Non, un observateur tel que Laënnec n'aurait pas pu soutenir sérieusement qu'on trouve *exactement* les mêmes altérations du tube digestif, et chez des sujets attaqués d'une simple diarrhée sans fièvre, ou qui se croyaient bien portants, et chez des sujets qui ont succombé à cette fièvre typhoïde qui, selon M. Chomel lui-même, comprend toutes les anciennes fièvres essentielles de Pinel; non, ce n'est pas sérieusement que Laënnec a pu dire qu'il n'est pas très-rare de ne trouver dans les intestins de ceux qui ont succombé à la maladie dont il s'agit, que des altérations, ou évidemment cadavériques, ou si infiniment petites qu'il faudrait avoir renoncé à l'usage de la raison pour leur attribuer une maladie grave; non, et mille fois non, Laënnec ne parlait pas en homme sérieux, quand il disait qu'il serait en quelque sorte plus rationnel d'attribuer une *fièvre typhoïde* à la rougeur des pommettes qu'aux lésions dont le tube digestif est le siége! Mais, dira-t-on, si Laënnec n'a pas fait, dans la note ci-dessus, une réfutation *sérieuse* de la doctrine de la localisation des *fièvres essentielles*, qu'a-t-il donc voulu faire? Je laisse aux bons esprits, aux jugements droits, le soin de répondre à cette question.

Laënnec ne se contenta pas, d'ailleurs, d'attaquer la doctrine pyrétologique de M. Broussais, il en fit autant des idées de cet illustre observateur relativement au rôle que joue l'inflammation chronique dans le développement de certaines *productions accidentelles*, telles que les tubercules, les squirrhes, les plaques fibreuses, cartilagineuses, osseuses, et dans le zèle qui l'emportait, il alla presque jusqu'à fulminer une loi de proscription contre les théories et les classifications en général (1). Comme je reviendrai, dans la seconde partie de cet Essai, sur la *Philosophie médicale* de Laënnec, je me dispenserai d'en parler ici avec détail. Toutefois, je ne puis m'empêcher de faire remarquer, dès ce moment, que Laënnec, par une de ces contradictions dans lesquelles il n'est malheureusement tombé que trop souvent, ne s'est pas toujours montré bien sobre en matière de théorie et d'explications. Celui qui s'était élevé avec tant de force contre les « êtres de raison, les fictions de l'imagination, les théories hypothétiques, les fantômes de l'opinion, » que les Newton et les Pascal avaient, dit-il, depuis longtemps expulsé du domaine de la physique, ne craint pas ensuite (je suis forcé de le répéter) d'invoquer les hypothèses les plus invraisemblables pour l'explication des phénomènes les plus simples de la *physique pathologique*, tels que les bruits anormaux du cœur et des artères, etc.! N'est-ce pas encore prendre plaisir à se mettre en opposition avec soi-même que d'attribuer à l'inflammation de la plèvre et du péricarde, les plaques fibreuses, cartilagineuses ou même osseuses de ces membranes, et de combattre un peu plus loin, avec une certaine acrimonie, l'opinion de ceux qui rapportent à une inflammation de l'endocarde ou de la membrane interne du cœur, les plaques de même espèce que l'on rencontre si souvent sur cette membrane chez des sujets encore jeunes?

A la p. xxv de sa préface, Laënnec dit : « le but que je me suis constamment proposé dans mes études et recherches a été : 1° de distinguer sur le cadavre un cas pathologique, aux caractères *physiques* que présente l'altération des organes; 2° de le reconnaître sur le vivant, à des *signes* certains, et autant que possible physiques... » Et à la p. xxxiv, il dit qu'il *examinera les affections qui peuvent exister sans aucune altération appréciable de struc-*

(1) « Je ne chercherai point, dit-il, sur les pas de Linnée, de Sauvages, « de Cullen et de Pinel, à diviser les ma- « ladies en genres et en espèces, à la manière des natura- « listes; la nature de la science que nous cultivons ne per- « met pas, ce semble, d'espérer la résolution d'un sembla- « ble problème. — Je tenterai encore moins de remonter « aux causes des maladies. » (*Auscult. méd.*, t. Ier, pag. 133.)

Toutefois, Laënnec veut bien convenir qu'*il est dans la nature de l'homme de chercher à lier entre eux les faits dont l'ensemble constitue une science, que les efforts pour créer de nouvelles théories peuvent être loués comme des* AMUSEMENTS DE L'ESPRIT (*Préf.*, p. xxxij). Il termine en disant que les maladies ne peuvent pas être rapportées seulement à deux causes opposées. Que conclure de là? Parce qu'il y a eu de mauvaises classifications, de mauvaises généralisations, faut-il donc renoncer à classer et à généraliser? Ne serait-ce pas là une flagrante violation de cette philosophie des Newton et des Pascal dont Laënnec a si justement fait l'éloge ailleurs?

ture. Si le but de Laënnec a été *constamment*, d'une part, de distinguer sur le cadavre un cas pathologique aux caractères physiques que présente l'altération des organes, et de le reconnaître sur le vivant à des signes physiques, on demande comment il a pu suivre cette méthode à l'égard des affections sans altération appréciable de structure. On demande comment Laënnec a pu apprécier pleinement et exactement les maladies *vitales*, en ne tenant compte que des caractères *physiques* de l'altération des organes après la mort, et en négligeant pendant la vie les *symptômes*, c'est-à-dire le trouble variable des actions vitales ? (*Préf.*, page xxv).

Si Laënnec a jugé à travers l'aveuglement de la passion, la nouvelle doctrine médicale sous le point de vue purement théorique, il ne s'est pas comporté autrement quand il s'est agi d'en apprécier la valeur pratique. Il dit, par exemple, que « si M. Broussais eût pris la peine de tenir note de ses succès et de ses revers, il n'eût pas avancé que sa pratique fût plus heureuse que celle d'un autre, puisqu'on lui a prouvé par les registres du Val-de-Grâce, que pendant cinq années consécutives, il a constamment perdu plus de malades que tous ses confrères, médecins du même hôpital. » Si Laënnec eût été tout-à-fait libre d'esprit de parti, il aurait su que l'article de la *Revue médicale* dans laquelle il a puisé l'assertion ci-dessus, a été réfuté de la manière la plus victorieuse par M. le docteur Roche, et il n'aurait pas partagé la responsabilité de la grave erreur de l'auteur de l'article en question. Enfin, Laënnec était-il entièrement impartial et juste, quand il donnait à entendre que si, depuis l'époque à laquelle l'influence de la pratique de M. Broussais et de ses disciples a pu commencer à se faire sentir, la mortalité a augmenté à Paris, c'est à cette circonstance qu'il faut s'en prendre. (*Voy.* la note de la page 707 du tome 1er de l'*Auscult. méd.*; 2e édition.)

Mais c'en est trop sur les hérésies et les contradictions de Laënnec ainsi que sur ses malheureuses querelles avec M. Broussais.

Quelque évidente que fût son utilité, la méthode d'exploration inventée par Laënnec trouva néanmoins, à son origine, certains détracteurs, et elle eut même l'honneur d'être tournée en ridicule. Cependant, elle ne tarda pas à être généralement adoptée par tous les vrais observateurs, et l'on sait que quelques-uns d'entre eux ont été assez heureux pour découvrir plusieurs phénomènes qui s'étaient dérobés à la profonde perspicacité de son célèbre inventeur. Nous reproduirons ici la piquante réponse qu'il a faite à quelques observations critiques qui lui étaient adressées.

« Il est, dit-il, des espèces d'observations critiques dont je ne dirai que peu de mots ; ce sont celles de quelques médecins qui, après de très-légers essais, ont dit qu'ils n'avaient pas pu reconnaître tel ou tel signe stéthoscopique, qu'ils n'ont pas trouvé la *pectoriloquie* même dans les cas où le poumon était fortement excavé, qu'ils l'ont trouvée dans d'autres cas où le poumon était tout-à-fait sain, etc.

» Il est facile de répondre à ces sortes d'objections. Si tel médecin, qui ne s'est jamais sérieusement occupé de chirurgie, voulait à quarante ans se mettre à faire des opérations de la taille sans préparation et sans conseil d'aucun chirurgien exercé, il pourrait lui arriver de tailler des gens qui n'ont pas la pierre, de ne pas trouver la pierre où elle existe, de ne pouvoir pas même faire pénétrer le cathéter dans la vessie, etc., surtout s'il opérait avec le désir de trouver la chose impraticable, comme le semblent avoir fait la plupart des observateurs dont je viens de parler. Il y a d'ailleurs des sourds, et il n'en existe pas de pires que ceux qui ne veulent pas entendre.

» On ne peut considérer les objections de cette sorte que comme des témoignages contre l'existence d'un fait. Or, quand il s'agit de constater un fait, on regarde, d'une part, au nombre, et de l'autre, à la qualité des témoins. Les témoignages dont je viens de parler sont ceux de cinq ou six médecins, qui, presque tous, ont donné leur avis avant de s'être exercés huit jours aux observations stéthoscopiques (1). A leur témoignage je puis opposer ceux de la plupart de mes confrères, médecins des hôpitaux de Paris, ceux d'un grand nombre d'autres médecins et de professeurs de facultés de médecine nationales et étrangères, que je sais être parvenus seuls à vérifier la plupart des signes contenus dans mon ouvrage, ceux enfin de mes élèves et de plus de trois cents jeunes médecins de toutes les nations de l'Europe, qui sont venus, depuis quelques années, s'exercer sous mes yeux aux observations stéthoscopiques. »

ARTICLE VI.

Quelques mots sur l'état de la Médecine de nos jours.

Nous venons de voir comment, faible et presque imperceptible à son origine, le fleuve de la médecine s'était incessamment élargi et approfondi, par le tribut que chaque génération médicale lui apportait. Avant de jeter un coup d'œil sur les lois qui ont présidé pour ainsi dire à cette évolution de la science, qui ont régi les divers progrès qu'elle

(1) Ce n'est pas seulement en matière d'auscultation, que bien des gens s'arrogent le droit de juger des questions pour la solution desquelles ils sont profondément incompétents. Rien n'est plus déplorable que de voir ainsi le premier venu trancher des problèmes d'expérience et d'observation, sans avoir pris la peine de voir, d'observer, d'expérimenter. Quand cela finira-t-il ? Dieu le sait.

a faits, il nous reste à dire quel est son état présent et ce qu'il nous présage pour l'avenir.

En terminant son *Examen des doctrines*, publié en 1816. M. Broussais disait : « Je n'ai point la prétention d'offrir un travail parfait ; j'entrevois facilement qu'on ira beaucoup plus loin que je ne puis aller dans la détermination des symptômes qui caractérisent la lésion de chacun de nos tissus primitifs ; et je verrai avec une vive satisfaction se perfectionner une méthode pour l'adoption de laquelle je ne cesse de faire des vœux depuis que je suis initié dans le sanctuaire du dieu d'Épidaure. »

Cette prédiction s'est heureusement accomplie, et sous plusieurs rapports, la science de l'homme malade, en dépit de tous les nouveaux obstacles qu'elle a rencontrés sur son passage, a poursuivi le cours de ses progrès.

Le champ de la pathologie a été remué, sillonné, exploité dans tous les sens.

Des monographies ont été publiées sur presque toutes les parties de la médecine. Or, comme l'a dit notre savant collègue et ami, M. le professeur Lallemand : « Les monographies sont comme les défrichements partiels d'un terrain immense et aride qu'on met successivement en culture ; elles fécondent peu à peu les différentes parties du vaste domaine de la médecine, elles en facilitent l'étude (1). »

M. Lallemand est lui-même auteur d'une des plus remarquables Monographies qui aient paru dans ces derniers temps ; et ce n'est qu'être juste à son égard en déclarant que l'art d'analyser les faits particuliers, de les considérer sous tous leurs points de vue, doit beaucoup à ce profond observateur.

Un des caractères les plus saillants de notre époque, c'est d'avoir, en effet, singulièrement perfectionné et l'art de recueillir chaque cas en particulier et l'art de faire en quelque sorte la *statistique* des observations recueillies en nombre plus ou moins considérable. Je me borne à signaler ce dernier point sur lequel je serai obligé de revenir dans la seconde partie de cet Essai ; alors, je le traiterai avec tous les développements que réclame son importance.

Quoi qu'il en soit, grâce à toutes les améliorations des méthodes d'observation déjà connues et à l'acquisition de nouvelles méthodes, les diverses branches de la pathologie ont été cultivées de nos jours avec une précision, une exactitude, jusque-là inconnues. C'est ainsi que la médecine s'est définitivement constituée sur les mêmes bases que les autres sciences physiques, et qu'elle aura droit désormais à figurer parmi les sciences exactes, après avoir été si long-temps considérée comme un *art purement conjectural.*

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances.* (*Préf.*, p. xij.)

Le diagnostic des maladies des centres nerveux, de la circulation des organes de la respiration, de la digestion, des sécrétions, est arrivé à un degré de certitude vraiment admirable. Des maladies qui naguère étaient méconnues dans l'immense majorité des cas, sont diagnostiquées aujourd'hui avec une facilité qui ne le cède souvent en rien à celle avec laquelle on reconnaît, pour me servir de la comparaison de Laënnec, les maladies chirurgicales les plus simples, les fractures, les luxations, les abcès, les calculs, par exemple. Comme quelques-unes de ces maladies sont accompagnées, à leur état aigu, d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, certains médecins s'en étaient autorisés pour réhabiliter la doctrine de l'*essentialité* des fièvres. Les connaissances que nous avons acquises sur la phlébite, l'artérite, l'endocardite (1) et sur quelques autres phlegmasies aiguës, ont réduit à leur juste valeur les arguments des *essentialistes* les plus intrépides, qui, on peut le dire, ont été vaincus jusque dans leurs derniers retranchements.

Les progrès introduits dans les doctrines médicales ont heureusement *reflué* sur la pratique. De nouvelles indications ont été fournies par la détermination d'éléments morbides nouveaux, et chaque jour, il faut l'espérer, les vrais observateurs, les praticiens consciencieux mettront à contribution les données des saines théories, les lumières des bonnes explications.

Il n'est pas jusqu'à la vieille méthode des émissions sanguines, qui n'ait reçu de notables perfectionnements. Il ne suffisait pas d'avoir démontré la nécessité de leur emploi dans des cas où jusque-là des moyens différents et même opposés avaient été mis en usage, il fallait encore les *formuler*, les *doser*, pour ainsi dire, d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, et l'auteur de cet Essai n'a rien négligé pour concourir autant qu'il était en lui, à la résolution de ce difficile et important problème. Les résultats qu'il a obtenus de la formule qu'il a proposée, permettent d'espérer que dans plusieurs phlegmasies aiguës, la mortalité diminuera de moitié au moins.

Je regrette de ne pouvoir m'occuper plus long-temps de l'objet du présent article : j'aurais saisi, avec empressement, cette occasion de rendre justice à tous ceux de nos contemporains qui ont pris

(1) J'ai fait voir, dans le *Traité clinique des Maladies du cœur* et dans les *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, combien était fréquente cette dernière maladie, qui jusqu'alors avait à peine été soupçonnée. Cette découverte a, j'oserai le dire, répandu un jour inattendu sur le point de départ de cette prétendue *fièvre essentielle*, qui survit assez souvent à la disparition de certains rhumatismes articulaires aigus, ainsi que sur les *maladies organiques du cœur*, qu'il n'est malheureusement pas rare de rencontrer chez les sujets autrefois affectés de rhumatisme articulaire.

part au mouvement progressif que nous signalons. Les lecteurs trouveront dans la dernière édition de l'*Examen des doctrines*, l'analyse des travaux publiés depuis que l'illustre auteur de cet ouvrage a réformé les doctrines qui régnaient avant lui. On y verra que toutes les productions dont il s'agit attestent la grandeur de cette réforme, soit que leurs auteurs la soutiennent, soit qu'ils la combattent, soit qu'ils gardent une prudente neutralité.

Quelque soit l'état de splendeur que la médecine ait atteint de nos jours, il s'écoulera bien des siècles encore avant qu'elle ne soit parvenue à toute la perfection dont elle est susceptible. Nous ne connaissons que les éléments les plus grossiers d'une foule de maladies, et ce n'est que par une application bien entendue de la physique et de la chimie que nous pourrons parvenir un jour à en savoir davantage sur leur nature intime. L'étude des nombreuses altérations du sang et des autres liquides n'est guère encore qu'ébauchée. Que savons-nous aussi sur les diverses maladies qui paraissent avoir pour principe une simple modification dans les conditions *dynamiques* de l'appareil de l'innervation ?

La matière pour de nouvelles découvertes ne manquera donc pas à la génération médicale qui s'élève. A son tour, elle est appelée à changer la face de la science, et pour accomplir cette mission, elle n'a besoin que de se conformer à la saine philosophie généralement adoptée dans les sciences physiques, et dont nous exposerons les principes dans la seconde partie de cet *Essai* (1).

ARTICLE VII.

Réflexions finales sur l'esprit des principales révolutions médicales précédemment exposées.

Un des plus beaux spectacles pour le médecin méditateur, c'est assurément de contempler comment la médecine, à travers des obstacles sans cesse renaissants, poursuit le grand œuvre de son évolution. Comparez l'état actuel de cette science avec celui qu'elle présentait sous Hippocrate : quelle immense différence! On dirait un palais magnifique à côté d'une cabane, un ruisseau à côté de l'océan. Cependant, il est douteux qu'il ait paru, depuis le divin vieillard jusqu'à nous, un médecin doué d'aussi hautes facultés que lui. A quoi tient donc la différence que nous indiquons? A la loi du progrès. A cette loi en vertu de laquelle les hommes de génie et de travail des diverses générations, apportent au trésor de la science, leur contingent de faits et de théories. Or, la *pyramide scientifique*, pour parler comme Bacon, s'élève en proportion du nombre des générations qui en ont fourni les matériaux, et son arrangement se perfectionne à mesure que le génie découvrant de nouveaux rapports entre ces divers matériaux, d'abord entassés pêle-mêle, donne à chacun d'eux la place qui lui convient.

Privée du flambeau de l'autopsie cadavérique, la médecine ancienne ne connaît des maladies que leur ombre, leur fantôme pour ainsi dire: le corps même des maladies lui échappe. Que sait-elle, en effet, de ces lésions des viscères aujourd'hui si bien décrites sous leurs rapports physiques? elle les soupçonne à peine; et comme, dans l'état aigu surtout, elles se réfléchissent en quelque sorte à l'extérieur par un mouvement commun connu sous le nom de *fièvre*, c'est la fièvre qui est l'objet spécial de la médecine. Aussi ce mot devient presque synonyme de maladie, bien qu'il existe une foule de lésions qui ne sont pas accompagnées de l'état fébrile. Pour distinguer entre elles les nombreuses maladies qui ont pour caractère commun le trouble fébrile, on se sert de quelques phénomènes extérieurs, tels que la douleur de telle ou telle région du corps, les modifications dans la température de ce même corps, dans l'odeur qu'il exhale, l'état des forces, etc.

La partie théorique de la médecine consiste dans l'application de quelques grossières idées de physiologie, tirées pour la plupart de connaissances physiques non moins grossières.

La thérapeutique réduite à son dernier degré de simplicité sous Hippocrate, se complique sous Galien et ses successeurs, mais reste plongée dans un état de vague et d'incertitude, dont elle ne pouvait sortir qu'à la faveur des lumières que le temps répandrait sur le siècle et la nature des maladies. Jusque-là, le médecin invoque surtout la puissance médicatrice de la nature.

Telle est la route dans laquelle la médecine fut condamnée à se traîner, jusqu'à l'époque où la culture de l'anatomie et de la physiologie normales et anormales en changea complètement la face. A cette époque, commence pour la médecine une ère et grande et magnifique. Le cachet *d'ontologie* dont elle était empreinte, comme la plupart des autres sciences naturelles, s'efface peu à peu, et

(1) Une époque de *déplorable* mémoire avait exercé sur la médecine comme sur tant d'autres choses une funeste influence. Depuis que la révolution de juillet a fait justice des hommes qui s'étaient mis à la tête d'une contre-révolution médicale, les saines doctrines ont trouvé de nouvelles tribunes et leurs défenseurs ont enfin été plus librement entendus. Aussi l'étoile des ennemis du progrès pâlit-elle de jour en jour davantage. Ce n'est pas que quelques-uns de ceux-ci ne réagissent encore, avec quelque succès, contre les vérités de la réforme médicale de 1816, et contre d'autres vérités plus récemment écloses; mais la nouvelle génération et Dieu aidant, le génie du progrès fera bientôt rentrer dans le devoir ce qui reste de l'école que nous signalons.

les organes malades sont enfin étudiés. Toutefois, on voit éclater les fameuses disputes sur le *vitalisme* et le *mécanisme* ou l'anatomisme, comme surgissaient ailleurs les querelles plus fameuses encore sur le *spiritualisme* et le *matérialisme*. Bichat lui-même, cédant au mouvement exagéré de vitalisme que Stahl avait imprimé à la médecine, méconnaît l'importance de l'application des sciences physico-chimiques à la médecine. Toutefois, il se trompe en homme de génie, et marchant sur les traces de Newton plutôt que sur celles de Stahl, il analyse les phénomènes de la vie, les groupe et les classe d'une manière infiniment plus simple et plus lumineuse qu'on n'avait fait avant lui.

Cependant, plus les sciences physiques et chimiques proprement dites s'étendent et se perfectionnent, et mieux on entrevoit les rapports qui existent entre elles et certaines parties de la physiologie. Une application plus heureuse en est faite à cette science; la méthode expérimentale la guide, la conduit, et elle revêt une forme exacte et positive. La médecine qui, comme tout le monde le reconnaît aujourd'hui, n'est que la *physiologie* de l'homme malade, prend le nom de médecine *physiologique* ou *organique*, et cette dénomination, bien que superflue peut-être, signifie au moins que jamais l'alliance entre la médecine et la physiologie (je comprends ici sous ce nom seul l'anatomie et la physiologie proprement dites) n'avait été aussi intime et aussi féconde. Cette heureuse fraternité entre la médecine et la physiologie, la fraternité non moins heureuse entre cette double branche d'une seule et même science et les sciences physiques, voilà ce qui caractérise vraiment notre époque et ce qui sera pour elle un de ses plus beaux titres de gloire.

Est-ce à dire pour cela que l'époque est matérialiste, que le vitalisme est exclu du domaine de la science de l'homme? Non, certes : ce sont là de vaines et misérables déclamations qui ne méritent guère qu'on s'en occupe. De ce qu'on tient un compte sérieux des conditions physiques, mécaniques et chimiques de l'économie, il ne s'en suit pas qu'on doit négliger, ni qu'on néglige effectivement les conditions vitales proprement dites? Et, d'ailleurs, même en physique, en mécanique et en chimie, néglige-t-on les conditions dynamiques? Que si les conditions dont il s'agit ne suffisent pas pour concevoir et expliquer tous les phénomènes des corps vivants en général et des animaux en particulier, il faut bien en admettre d'autres, mais en se conformant au sage précepte de Newton, savoir de ne pas multiplier les forces au-delà de la stricte nécessité. Assurément, les phénomènes de sensation, de volonté, d'intelligence, sont des actes surajoutés qui distinguent les animaux de tous les autres êtres, et les forces qui les régissent méritent une étude spéciale. Mais n'oublions pas que ces phénomènes eux-mêmes se passent dans un appareil anatomique, dans le grand système nerveux, et que, quelle que soit la condition *dynamico-vitale* dont il puisse être animé, il est incontestable que les phénomènes merveilleux de la *vie surajoutée* qu'il possède, ne sont pas indépendants des diverses conditions physiques que ce système nous présente. Maintenant, laissons de côté les questions de la métaphysique, et revenons à des choses plus claires.

On le voit, depuis le commencement de l'ère anatomique de la médecine, on a incessamment travaillé à la localisation des maladies. A mesure qu'on en localisait ainsi de plus en plus, on voyait diminuer nécessairement le nombre de celles qu'on avait désignées sous le nom d'*essentielles* : plusieurs asthmes *essentiels*, des hydropisies du même nom, etc., par exemple, rentraient chaque jour dans le vaste domaine des maladies dites organiques. Les fièvres *essentielles* furent les plus rebelles ; mais enfin, comme nous l'avons vu, elles ont cédé elles-mêmes au mouvement *localisateur*.

Sans doute, il reste encore beaucoup à faire pour achever ce qui a été commencé avec tant de succès, mais l'esprit humain n'a besoin que de temps pour y réussir, et le temps n'a point de limites.

ARTICLE VIII.

Quelques considérations sur les lois *et les conditions du progrès en général.*

En médecine, comme dans les autres *sciences d'observation* et d'expérimentation, le progrès est donc un *fait-principe*, une vérité évidente par elle-même, un *axiôme*. La raison ou la cause *première* du progrès, c'est-à-dire de l'évolution des sciences, ne saurait être mise en question. A ceux qui la demanderaient, on se bornerait à répondre que le *progrès porte en lui-même sa raison d'être, qu'il est parce qu'il est*. Mais quelles sont les lois *secondes* du progrès? En voici quelques-unes.

Ire *Loi*. La première condition du progrès, c'est le génie fécondé par le travail. Quiconque n'est pas doué du génie de l'observation, ne découvrira jamais de nouveaux faits; quiconque n'est pas doué du génie philosophique, ne trouvera point de *rapports* entre les faits, ne les *généralisera* point avec justesse, ne les systématisera point avec méthode. Nous avons fait entrer le travail et le temps dans la première condition du progrès. En effet, sans un long travail, à quoi servirait le génie dans une science d'observation telle que la médecine? Cet élément est si important qu'on a vu des hommes d'un génie médiocre, mais d'une activité et d'une persévérance de travail infatigables, surpasser d'autres hommes, beaucoup plus favorisés sous le rapport

du génie, mais peu travailleurs. Le progrès est donc en raison composée du travail et du génie. Il suit clairement de là que pour devenir un grand inventeur, il faut savoir borner le champ de ses travaux. En effet, le temps manquerait à celui qui voudrait se livrer à des recherches suffisantes pour faire des découvertes en tout genre, en supposant qu'il possédât tous les genres d'aptitude. Il en est de l'esprit, comme de la lumière : en s'éparpillant sur une surface trop étendue, il l'éclaire mal; c'est en concentrant ses rayons qu'il illumine les objets.

IIe *Loi.* Le progrès est de tous les temps et de tous les lieux : cependant, il n'est pas égal dans tous les temps ni dans tous les lieux. L'esprit humain semble affecter, quelquefois du moins, une marche intermittente. Il est des époques où il se repose, et se borne pour ainsi dire à *marquer le pas.* Néanmoins, le repos absolu de l'esprit est un état contre nature et vraiment exceptionnel. Les grands progrès, ceux qui constituent de véritables révolutions, ne s'opèrent qu'à des intervalles plus ou moins longs et qui échappent à un calcul rigoureux. Les intervalles qui séparent ces espèces d'ères scientifiques sont ordinairement remplis par des progrès de second ordre.

IIIe *Loi.* Il y a deux choses principales à considérer dans tout progrès, savoir : 1° la production, l'enfantement même de la vérité ; 2° sa propagation, sa *popularisation.* Or, un temps souvent très-long s'écoule entre l'époque de l'émission du progrès et celle de son *adoption générale.* C'est même une étude bien importante que celle des circonstances qui ont favorisé ou retardé l'adoption des réformes scientifiques accomplies jusqu'ici. En effet, ces circonstances étant bien connues et pour ainsi dire formulées, on pourrait appliquer avec avantage cette sorte de théorie aux progrès futurs.

IVe *Loi.* Une des plus tristes lois que doive subir tout progrès, c'est une *opposition,* une *résistance* plus ou moins violente, à quelques exceptions près, qui, bien interprétées, confirment la règle au lieu de la détruire. Toute reforme, toute révolution scientifique ne s'est réellement *accomplie* qu'après avoir reçu la *consécration,* le *baptême* dont il s'agit. Non, il n'est permis à personne d'inventer impunément quelque grande vérité, surtout quand cette vérité est en opposition avec les idées généralement reçues et enseignées par les hommes qui occupent de hautes positions. Il faut donc du courage, du dévouement pour promulguer les nouvelles doctrines, et il n'en faut guère moins pour s'en constituer le défenseur.

Partout nous voyons l'esprit humain poursuivre le cours de ses précieuses conquêtes, en luttant, avec effort, contre les doctrines du passé, qui furent autrefois elles-mêmes de véritables révolutions et traitées comme telles. Mais que les inventeurs du vrai et leurs soutiens ne se déconcertent pas ; le temps et la raison étant pour ainsi dire de leur parti, la victoire doit nécessairement couronner tôt ou tard leurs généreux efforts. Du moment où quelque vérité nouvelle a fait son apparition dans le monde, il n'est donné à nulle puissance humaine de l'anéantir : on ne peut qu'en retarder le triomphe.

Plus la réforme est grande, profonde, fondamentale, plus les intérêts et les opinions qu'elle choque sont nombreux, plus aussi l'*opposition* qu'elle rencontre est grande elle-même. Voilà pourquoi de toutes les réformes, de toutes les révolutions, les plus terribles, les plus sanglantes, toutes choses d'ailleurs égales, sont ces révolutions politiques et religieuses qui touchent en quelque sorte la masse entière des hommes.

Il n'est pas de mon objet de dire ici comment se modifie, suivant les temps et les lieux, l'opposition aux nouvelles idées, aux nouvelles découvertes, aux nouvelles doctrines, aux nouveaux systèmes. Il me suffit d'avoir énoncé la loi et de pouvoir présenter à son appui, toutes les réformes jusqu'ici opérées (et je ne parle bien entendu que des réformes reconnues généralement plus tard comme conformes à la saine expérience et à la saine raison). On sait, par exemple, quelle fut la destinée des Christophe Colomb, des Galilée, des Harvey, etc. Des inventeurs et des réformateurs plus voisins de nous ont eu, à des différences de degré près, le même sort. Tous parlent à peu près le même langage et déclarent, dans leurs écrits, qu'ils recueilleront pour fruit de leurs découvertes et pour prix de leurs services, une moisson plus ou moins ample de haine, de calomnie et de persécution. Voici d'abord les paroles du sage Sydenham : « Quâ in re licet satis advertam me supinis atque ignorantibus fructum omnem eorum, quos per meliores vitæ annos corpore animoque exantlavi laborum expositurum, malum pessimi hujus sæculi genium satis habeo perspectum, ut non aliam ex hac semente, quàm convitiorum atque contumeliarum messem expectem. »

L'auteur de la *nouvelle* découverte de la *percussion,* connaissait bien aussi la loi que nous signalons quand il écrivit ce qui suit : « enim vero invidiœ, livoris, odii, obtrectationis et ipsarum calumniarum socii, numquam defuerunt viris, illis, qui scientias et artes suis inventis aut illustrarunt aut perfecerunt » (Avenbrugger; novum inventum, etc., prœfat.).

L'auteur de l'*Examen des doctrines* exprime la même idée dans les termes suivants : « Je sais que je blesse bien des amours-propres, et que le motif d'être utile à mes semblables ne me servira point d'excuse auprès de bien des gens.... On s'indignera, on cherchera à m'humilier; j'ai tout prévu; rien ne m'arrête. Puis-je ignorer que tous les hommes qui ont voulu éclairer leurs concitoyens ont été

cruellement persécutés, et que les découvertes les plus utiles ont excité les murmures de la multitude irréfléchie? Harvey passa pour fou quand il annonça la découverte de la circulation; l'inoculation fut solennellement prohibée, et la vaccine, malgré tous ses bienfaits, trouve encore aujourd'hui de violents antagonistes.

»Je ne me flatte point d'échapper au sort commun; peut-être verrai-je au nombre de mes persécuteurs des hommes que j'estime, et qui m'ont honoré de leur confiance et de leur protection. J'y serai très-sensible, mais je sacrifie tout au désir d'être utile.»

A l'occasion de la réforme qu'il s'est proposé de faire subir à la physiologie, M. Magendie a dit: «Je ne me suis point abusé sur les difficultés que j'avais à vaincre, je les connaissais; elles tiennent à la nature de l'homme et sont aussi des phénomènes physiologiques. De nombreux préjugés sur l'isolement où la physiologie doit, dit-on, se tenir des sciences exactes; une répugnance extrême pour les expériences faites sur les animaux vivants; la prétendue impossibilité d'en appliquer les déductions à l'homme; l'ignorance à peu près absolue de la manière de procéder pour trouver la réalité; l'attachement aux anciennes idées, toujours protégées par l'insouciance et la paresse; l'espèce de passion tenace que les hommes mettent à conserver leurs erreurs, etc., voilà une partie des obstacles qu'il fallait surmonter. Ils étaient grands sans doute; mais, certain d'être dans la bonne voie, et comptant sur l'influence douce, mais constante, de la vérité, je n'ai point douté et je ne doute point encore du succès pour un temps qui, je l'espère, n'est pas éloigné.»

On sait quels obstacles ont été opposés à la doctrine de Gall, et combien il lui a fallu de persévérance pour les surmonter: «L'amour de la vérité et la conviction de la pureté de mes vœux peuvent seuls, dit-il, m'inspirer à chaque pas la confiance et la hardiesse nécessaires. Quand on a découvert par l'expérience une série de vérités irrésistibles, on cherche avec courage tous les doutes et toutes les objections possibles. Plus les nouvelles vues sont grandes, plus la nouvelle doctrine touche de près aux affections et aux intérêts des hommes, plus aussi l'auteur doit mettre de soin à éviter toute espèce d'assertion arbitraire et téméraire; mais du moment qu'il annonce des vérités, il doit être assuré d'*avance* qu'il ne peut produire que du bien. Rien ne résiste à la puissance de la vérité. Or, si la vérité reste, et que des écrivains publics, ou même des gouvernements y attachent des conséquences pernicieuses, qui est-ce qui fait le mal?»

Il est donc bien certain, encore une fois, que le monstre de la persécution, véritable protée habile à revêtir toutes les formes, livre une guerre éternelle à l'esprit de progrès et de réforme, sans pouvoir toutefois en triompher. Qu'il me soit permis de rapporter ici cette strophe où l'auteur de l'ode à J.-B. Rousseau a donné une magnifique image de l'espèce de guerre dont il s'agit.

Le Nil a vu sur ses rivages,
Les noirs habitants des déserts,
Insulter par leurs cris sauvages
L'astre éclatant de l'univers.
Cris impuissants! Fureurs bizarres!
Tandis que ces monstres barbares
Poussaient d'insolentes clameurs,
Le dieu poursuivant sa carrière,
Versait des torrents de lumière
Sur ses obscurs blasphémateurs.

Cette persécution de la vérité n'aboutit, en dernière analyse, qu'à donner plus d'énergie à son explosion. En effet, il en est de la vérité comme de la poudre à canon, qui éclate et tonne avec d'autant plus de violence qu'elle a été plus fortement comprimée.

Ve *Loi.* Parmi les circonstances extérieures qui favorisent le plus puissamment l'émission et la propagation des vérités nouvelles, il faut placer le règne d'un gouvernement libéral, et partant l'émancipation de la presse et de l'enseignement. On conçoit, en effet, que sous l'empire d'institutions qui tendraient à l'obscurantisme et qui bâillonneraient en quelque sorte la presse et l'enseignement, les intelligences resteraient pour la plupart oisives, et que les produits de celles qui auraient assez d'audace pour braver les obstacles pourraient être en quelque sorte saisis et confisqués au moment même de leur apparition. Un tel état de violence chez nous, est heureusement impossible aujourd'hui, en ce qui concerne la médecine proprement dite, objet spécial de nos réflexions. Toutefois, le temps n'est pas loin de nous où l'on ne professait pas impunément telle ou telle doctrine médicale, et, sans doute, on n'a pas perdu la mémoire des obstacles qui, depuis la catastrophe de la Faculté de médecine, en 1823, furent élevés contre l'enseignement médical. L'institution de l'agrégation telle qu'elle était alors, avait pour but principal de concentrer le monopole de l'enseignement sur un certain nombre d'hommes plus ou moins imbus de doctrines antiprogressives. Pour être admis au rang des personnes ayant droit de faire des cours, il fallait, ainsi que je l'ai dit dans une autre occasion, passer sous les fourches caudines de cette agrégation. Or, on sait quels étaient les hommes qui nommaient alors les agrégés par ordonnance, et qui s'étaient réservé la majorité dans les jurys du concours pour l'agrégation. A Dieu ne plaise que je veuille récriminer ici contre une époque qui n'est plus et contre des hommes déchus! Mais il est de toute certitude que le règne des hommes qui désorganisèrent à leur profit l'ancienne faculté de médecine, nuisit au progrès d'une doctrine émi-

nemment utile, et qu'il nous reste encore en ce moment des vestiges de la vicieuse direction qu'on avait imprimée à la science et à son enseignement.

Encore une fois, paix et non malheur aux vaincus ! Nous ne faisons ici que chercher des principes ; nous nous adressons à la philosophie et nous lui demandons, sans rancune et sans passion, ce qu'elle nous enseigne sur les principales lois du progrès. Or, il n'est aucun esprit impartial, aucune conscience juste, qui ne reconnaisse avec nous que les chaînes qui pèsent sur la pensée scientifique, sur son émission par la presse et l'enseignement, pèsent en même temps sur le progrès; et comme, de l'aveu de tout le monde, l'époque dont nous venons de parler avait forgé de pareilles chaînes, tout ce qui vient d'être dit contre elle est suffisamment justifié. C'est pourquoi, en même temps qu'elle rendit leurs chaires aux professeurs que l'ordonnance de 1823 avait injustement destitués, la libérale et glorieuse révolution de juillet supprima le monopole de l'enseignement accordé à l'agrégation, et rétablit la liberté des amphithéâtres particuliers.

Je n'insisterai pas plus long-temps sur les questions qui se rattachent à la philosophie du progrès : il me suffit d'avoir fixé l'attention des lecteurs sur ce sujet important. J'aurai rempli mon but, si je leur en ai montré les principaux points de vue. Par ce qui précède, ils comprendront que s'il ne faut pas adopter, sans examen, et pour ainsi dire les yeux fermés, les doctrines nouvelles, il serait bien moins sage encore de s'en constituer le détracteur *officieux*, puisque, je le répète, les progrès dont la science s'enorgueillit le plus aujourd'hui ont constamment été combattus et repoussés à leur origine.

Il y a souvent de l'exagération et chez les partisans du progrès et chez ses antagonistes: *iliacos intrà muros peccatur et extra*. Alors, mais alors seulement, doit s'élever et intervenir entre les deux partis rivaux, ce troisième parti connu sous les noms divers de parti des *modérés*, des *conciliateurs*, des *éclectiques*, etc. La méthode des *compromis* ou des *transactions* en matière de réformes scientifiques a donc parfois sa légitimité. Malheureusement elle est d'une application difficile, et, trop souvent, le contre-poids des conciliateurs a fait pencher la balance du mauvais côté. Que de prétendus *éclectiques* n'ont, d'ailleurs, que le masque de la qualité dont ils se vantent, et n'usurpent un pareil titre que pour être injustes envers les plus purs soutiens de la vérité !

Mais, dira-t-on, comment, parmi les doctrines nouvelles qui surgissent à chaque époque, distinguer celles qui sont vraies, utiles, de celles qui sont fausses, nuisibles? comment séparer de la fausse monnaie de l'erreur l'or pur de la vérité ? On trouvera la solution de cette question dans la seconde partie de cet *Essai*.

SECONDE SECTION.

COUP D'ŒIL RAPIDE SUR L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS RELATIVES A L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE LA MÉDECINE.

Les véritables institutions cliniques, si utiles aux progrès de la médecine, sont d'une origine presque toute récente. Il y a bien loin, en effet, des institutions de ce genre, qui supposent nécessairement l'établissement préliminaire des hôpitaux, à cet enseignement clinique des premiers âges de la médecine, lequel consistait en ce que quelques médecins se faisaient accompagner d'un certain nombre d'élèves (1) chez leurs malades, et leur inculquaient ainsi les principes de la science et les préceptes de l'art.

Pendant le long espace de temps qui sépare le règne d'Hippocrate de celui des médecins Arabes, on chercherait vainement quelque trace d'une institution clinique proprement dite. Mais parmi ces derniers, il en est plusieurs qui paraissent avoir pratiqué et enseigné la médecine dans les grands hôpitaux fondés par les mahométans d'Asie et d'Espagne. C'est là qu'ils puisèrent particulièrement les connaissances qu'ils nous ont laissées sur quelques maladies, et spécialement sur les phlegmasies éruptives et contagieuses, telles que la variole et la rougeole.

Pendant qu'en Orient, la médecine essayait ainsi, avec peu de succès il est vrai, de s'ouvrir de nouvelles sources de lumières, en Occident elle se traînait honteusement dans les sentiers de la routine et de la barbarie. A l'époque même de la renaissance des lettres en Europe, dans les XIVe et XVe siècles, c'était en lisant et en commentant les auteurs Arabes, eux-mêmes pour la plupart copistes presque serviles des Grecs, qu'on enseignait, en général, la médecine aux élèves. Sans doute, les professeurs ne pouvaient ignorer combien il eut été préférable de remonter à la nature elle-même, c'est-à-dire à l'observation et à l'expérience directes. Mais dans ces temps d'une civilisation encore grossière, il n'existait aucune insti-

(1) C'est par exagération que dans une épigramme latine bien connue, le nombre de ces élèves est porté à cent pour le médecin Symmaque (*centum comitatus alumnis*), lesquels après avoir tâté de leurs *mains froides* le patient, lui donnaient la fièvre qu'il n'avait pas auparavant :

Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

tution où cette dernière méthode pût être mise en pratique. Et cependant depuis long-temps déjà l'Europe possédait des hôpitaux !

Selon quelques historiens de la médecine, il faudrait arriver jusqu'au milieu du XVIIe siècle (1658), pour trouver l'origine d'un établissement clinique vraiment digne de ce nom, et ce serait François de Le Boë, célèbre par son système *iatro-chimique*, qui, le premier, aurait conçu l'heureuse idée de faire des leçons cliniques, dans l'hôpital confié à ses soins, à Leyde. Mais si nous en croyons un ouvrage de Comparetti (1), en 1578, c'est-à-dire quatre-vingts ans avant l'époque où florissait la clinique de François de Le Boë, un décret avait institué un enseignement du même genre au sein de l'hôpital Saint-François à Padoue. Il paraît, d'ailleurs, qu'à Leyde même, François de Le Boë avait été devancé dans l'enseignement clinique par Otton de Heurn, son prédécesseur dans la chaire de médecine pratique que possédait cette ville. De plus, avant que François de Le Boë eût enseigné la clinique à Leyde, Guillaume Straten l'avait professée à Utrecht (2).

L'illustre Boerhaave, en cela plus heureux que Stahl et Fréd. Hoffmann, eut l'avantage d'enseigner la médecine au lit des malades, et son enseignement avait pour théâtre ce même hôpital de Leyde où de Le Boë avait fait autrefois ses leçons. De l'école clinique de Boerhaave surgirent les élèves les plus distingués, dont quelques-uns, à leur tour, se livrèrent à la même carrière que leur maître, et plantèrent, en quelque sorte, l'arbre fécond de la clinique en différentes contrées de l'Europe, notamment à Vienne et à Édimbourg.

En 1753, sous les auspices de l'impératrice Marie-Thérèse, Van-Swieten, chargé de reformer l'université de Vienne, fonda dans cette capitale un hôpital clinique. C'est là que Dehaën, Stoll et Hildenbrand ont successivement professé; et l'on sait quelle gloire ils se sont acquise par leur enseignement, ainsi que par les ouvrages cliniques qu'ils ont publiés.

Cependant de nouveaux établissements cliniques s'organisent peu à peu dans les diverses contrées du nord de l'Europe, ainsi qu'en Italie. Padoue, Rome, Pavie, Gênes, Florence, Milan, Naples, Turin, Bologne, etc., deviennent le siége d'un enseignement clinique. Il serait trop long de citer tous les professeurs qui s'y distinguèrent et les divers ouvrages qu'ils publièrent. Toutefois il ne nous serait pas permis de passer sous silence les professeurs Tommasini et Rasori, si connus, le premier par sa doctrine de l'*excitement*, le second par sa trop fameuse méthode de l'émétique à haute dose. Tous les deux appuyèrent leurs doctrines sur les faits observés dans les établissements cliniques auxquels ils étaient attachés.

Pendant que tant de contrées jouissaient, déjà depuis un grand nombre d'années, de l'immense bienfait de l'enseignement clinique, la France, qui, plus tard, devait avoir sur elles une si grande supériorité en ce genre, en était complètement privée. Ce fut seulement à l'époque de l'installation des nouvelles écoles de médecine, c'est-à-dire en l'an III (1794), que la grande révolution française, créant tout après avoir tout détruit, jeta les fondements d'une organisation clinique, vraiment digne d'une nation aussi éclairée que la nôtre. On doit néanmoins reconnaître que dès l'année 1790, la Société royale de Médecine avait proposé des vues très-sages sur cet important objet. Déjà aussi, avant la régénération des écoles, Desbois, de Rochefort, et son successeur, l'immortel Corvisart, avaient fait des cours de clinique.

Quoi qu'il en soit, ce n'est réellement qu'après la nouvelle organisation des écoles de médecine, que la France brilla entre toutes les autres nations, et prit cet essor qui devait lui faire surpasser toutes ses rivales sous le rapport de l'enseignement clinique. Voici comment un homme, qui lui-même fut la gloire de la clinique chirurgicale de son temps, notre Dupuytren en un mot, parle de la réorganisation dont il s'agit :

« Les besoins de la guerre que la France commençait avec l'Europe firent créer les écoles de santé. On se rappellera long-temps le soin qui fut apporté au choix des maîtres et des élèves qui devaient composer ces écoles fameuses. On y appela de toutes les parties de la France les hommes les plus distingués et les élèves les plus propres à profiter des leçons de tels maîtres. Les succès de Desbois, de Desault et de Corvisart, avaient trop fait sentir les avantages de l'enseignement clinique, pour qu'il pût être oublié dans cet Institut des sciences médicales. Trois cliniques furent ouvertes dans l'école de santé de Paris : une pour la médecine, une pour la chirurgie et la troisième pour le perfectionnement de l'art. Corvisart fut nommé à la chaire de clinique interne, établie à l'hôpital de la Charité... » (Discours prononcé à la Faculté de Médecine de Paris, dans sa séance publique du 22 novembre 1821, par M. Dupuytren, président.)

On sait quelle éclatante lumière l'astre de Corvisart répandit sur la première période de la clinique médicale en France ; période à jamais mémorable, et qui constituera une ère des plus remarquables dans l'histoire générale de ce genre d'enseignement.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, d'extraire du discours déjà cité de M. Dupuytren le passage suivant, relatif à Corvisart. Après avoir fait remarquer que, lors de sa première origine en France, l'enseignement clinique fut organisé sur des bases

(1) *Saggio della scuola clinica nello spidale di Padova.*

(2) *Voyez* l'ouvrage de Kyper, intitulé : *Methodus medicinam ritè discendi et exercendi.*

moins larges qu'en Allemagne, M. Dupuytren poursuit ainsi : « C'est avec de tels moyens que Corvisart éleva la réputation de la *clinique interne de la Charité* au niveau, si ce n'est au-dessus de toutes les cliniques connues ; et c'est là que, pendant près de quinze ans, se sont formés presque tout ce que la France compte aujourd'hui de médecins instruits; c'est enfin là que sont venus se perfectionner un grand nombre de médecins étrangers. Mais aussi quel zèle, quelle exactitude et quels talents extraordinaires Corvisart déploya dans cet enseignement!

» Ce qui donnait surtout du prix à son école, c'était la supériorité de ses vues et le charme de ses leçons. Nous ne savions, en effet, ce qu'il fallait le plus admirer en lui, du praticien ou du professeur : praticien, il possédait à un haut degré une réunion rare de connaissances en *anatomie*, en *physiologie*, en thérapeutique, en matière médicale et surtout en médecine et en chirurgie... La rapidité et la justesse de son coup d'œil lui faisaient voir à temps le meilleur parti: il savait le prendre et le suivre sans hésiter; il savait aussi le changer lorsque l'occasion l'exigeait. Professeur, nous l'avons vu déployer, pendant quinze ans, toutes les grâces d'une élocution facile, et néanmoins concise; toutes les ressources d'une dialectique serrée, et prodiguer tous les trésors d'une érudition variée et d'une expérience consommée... Personne ne porta plus loin que Corvisart la réunion des qualités nécessaires pour réussir dans le difficile enseignement de la clinique : sagacité dans les recherches, force d'attention, promptitude et sûreté dans les jugements, disposition habile des matériaux recueillis au lit des malades, exposition claire et animée des faits relatifs à chaque maladie, diagnostic éclairé, pronostic assuré, habileté très-grande dans l'indication, dans la recherche et dans la démonstration des lésions organiques : telles étaient les qualités qu'il faisait briller dans l'exposition des faits particuliers.

» Que s'il venait à comparer ces faits entre eux pour faire ressortir leurs analogies ou leurs différences; si, partant de cette base et des souvenirs que lui présentaient, en foule, une mémoire des plus heureuses, et la connaissance approfondie des grands observateurs, il se livrait à des inductions; s'il s'abandonnait à quelques improvisations, ou s'il s'élevait à des considérations générales sur les maladies, sur les lésions organiques qui en sont si fréquemment la cause ou l'effet, ces inductions, ces improvisations, ces considérations générales semblaient moins inspirées par une intelligence humaine que par le dieu de la médecine lui-même. »

Ceux qui ont eu le bonheur de suivre la clinique de Corvisart, aimeront à retrouver encore leur grand professeur dans ce portrait tracé de main de maître, de la main du Corvisart de la clinique chirurgicale.

L'exemple donné par les premiers professeurs de clinique médicale a porté des fruits abondants. Paris est, sans contredit, aujourd'hui la ville classique de l'enseignement clinique; sous ce rapport, comme sous tant d'autres, la capitale de la France est vraiment la reine du monde. Ce ne sont pas seulement les professeurs de la Faculté, mais aussi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, étrangers à cette Faculté, qui prodiguent aux élèves les inépuisables trésors de l'enseignement clinique. Cet enseignement y revêt, pour ainsi dire, toutes les formes : clinique de médecine et de chirurgie en général, clinique sur chacune des branches spéciales du grand arbre médico-chirurgical, clinique sur les maladies propres aux différents âges, voilà ce que l'on trouve à Paris, et ce que l'on ne trouve que là.

Il manque peut-être encore à la Faculté quelques cours sur les cliniques spéciales ; espérons qu'elle ne tardera pas à s'enrichir de ces nouvelles chaires (1).

Avant de terminer cette section, il est juste d'ajouter que depuis la régénération de l'enseignement, heureuse conquête de notre première révolution, ce n'est pas seulement à la clinique civile, mais aussi à la clinique militaire, qu'il fut réservé de reculer l'horizon de nos connaissances médicales. Tandis qu'un grand capitaine promenait en triomphe la gloire française dans presque toute l'Europe, et que les Pyramides elles-mêmes s'inclinaient devant nos drapeaux, plusieurs des chirurgiens et des médecins aux soins desquels étaient confiés nos immortels guerriers, grossissaient le dépôt de la science du fruit de leurs observations cliniques. Reconnaissance éternelle à tous ces chirurgiens et médecins en général! Honneur en particulier à l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* et à l'illustre historien médical de l'armée d'Égypte, au Thucydide de la peste de Jaffa (2)!

(1) Une chaire de clinique pour les maladies des enfants serait un précieux complément de l'enseignement clinique de la Faculté de Paris.

(2) C'est peu que l'enseignement clinique se soit répandu dans toute l'Europe et dans plusieurs contrées du Nouveau-Monde ; cette institution, refluant en quelque sorte vers sa source primitive, vient d'être transportée en Égypte par un de nos compatriotes, M. le docteur Clot. (*Voyez*, sur l'école fondée par M. Clot, sous les auspices du Pacha d'Égypte, plusieurs articles intéressants publiés dans la *Lancette française.*)

Les jeunes Égyptiens, qui, après avoir fait leur éducation médicale à Paris, sous la savante direction de M. Labat, viennent tout récemment d'être rappelés dans leur patrie, y feront fleurir les doctrines de l'école française.

DEUXIÈME PARTIE.

PRINCIPES DE PHILOSOPHIE MÉDICALE,

Ou Considérations sur l'art d'observer, d'expérimenter et de raisonner en Médecine.

CHAPITRE PREMIER.

RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES SUR LES SCIENCES EN GÉNÉRAL ET SPÉCIALEMENT SUR LES SCIENCES DITES D'OBSERVATION. — DU GÉNIE PARTICULIER DE LA MÉDECINE.

Dire vaguement que les sciences, en général, sont le produit de l'intelligence éclairée par les sens, c'est là un lieu commun, un axiôme qui n'est ignoré de personne; mais exposer, d'une manière *précise*, comment procède l'esprit humain dans l'acquisition des diverses connaissances qu'il embrasse, voilà un problème beaucoup plus compliqué et plus difficile à résoudre qu'on ne pourrait le penser au premier abord. Pour y parvenir, il faudrait exposer d'abord une exacte analyse et de ces connaissances si variées et des agents intellectuels spéciaux dont elles réclament l'opération. En effet, les mots *esprit, intelligence*, sont très-complexes et comprennent plusieurs facultés élémentaires ou fondamentales tout-à-fait différentes entre elles sous quelques rapports, bien qu'elles se ressemblent sous le point de vue de certains caractères généraux, tels que la perception, la mémoire, le jugement, etc.

Voulant coordonner entre elles les différentes connaissances humaines, Descartes les partage en trois grandes catégories qu'il compare aux trois parties d'un arbre. Les sciences préliminaires ou de la première catégorie, telles que les mathématiques, la mécanique, la logique, etc., sont les racines de l'arbre; les sciences naturelles ou de la seconde catégorie en constituent le tronc, et les sciences d'application ou de la troisième catégorie (les arts) en représentent les branches. Mais ce n'est là qu'un simple aperçu, et non une analyse détaillée, un dénombrement méthodique et précis des sciences.

Bichat a été, peut-être, moins explicite encore dans la division qu'il a établie : « Il y a, dit-il, deux classes d'êtres, deux classes de propriétés, deux classes de sciences. Les êtres sont organiques ou inorganiques, les propriétés vitales ou non vitales, les sciences physiologiques ou physiques..... La physiologie animale, la physiologie vitale, la médecine, composent les sciences physiologiques; l'astronomie, la physique, la chimie, etc., ce sont là les sciences physiques. Ces deux classes de sciences ont uniquement rapport aux phénomènes. Deux autres classes relatives aux formes extérieures et intérieures, à la description par conséquent, leur correspondent : pour les corps organiques, la botanique, l'anatomie, la zoologie; la minéralogie, etc., pour les inorganiques, voilà ces sciences (1). »

Cette classification des sciences est tellement incomplète, qu'il n'y est pas même question des sciences mathématiques, c'est-à-dire des sciences les plus générales, et qui entrent comme éléments dans presque toutes les autres, d'où le nom d'*élémentaires* qui leur a été donné.

Il n'est pas de notre objet de traiter ici de tous les éléments auxquels se réduisent, en dernière analyse, les sciences naturelles, dont la médecine elle-même n'est qu'une branche. Nous n'avons d'autre but que de présenter quelques considérations sommaires sur la méthode commune qui doit être suivie dans toutes les sciences dites d'observation (quelque différentes qu'elles soient entre elles, sous le rapport du sujet qu'elles étudient), et sur l'agent au moyen duquel nous élaborons nos diverses perceptions, c'est-à-dire sur l'esprit humain.

Or, il suffit d'avoir attentivement réfléchi sur les notions dont se compose la science de la nature en général, pour être bien convaincu qu'elles dérivent toutes immédiatement de l'observation et de l'expé-

(1) *Anat. génér.; consid. génér.*

rience. Quelque simple que soit en elle-même cette vérité, il est cependant certain qu'avant l'ère de l'immortel chancelier Bacon, elle n'avait pas encore été suffisamment développée. C'est depuis cet illustre philosophe que la *méthode expérimentale* a été définitivement considérée comme le flambeau des sciences naturelles, et que le mot de ralliement de de tous les vrais savants a été : « Non fingendum aut excogitandum quid natura faciat, sed inveniendum. »

Néanmoins, en reconnaissant toute l'étendue des droits de l'observation et de l'expérimentation en matière de sciences naturelles, on a dû tenir compte d'un autre grand élément, savoir celui que l'on désigne ordinairement sous le nom générique de *raisonnement*, et qui comprend l'ensemble des opérations que l'intelligence fait subir aux matériaux recueillis par l'observation. Ainsi donc, l'élément ou *pouvoir* observateur, expérimental, et l'élément ou *pouvoir* rationnel, logique, philosophique, voilà, en dernière analyse, les principes immédiats de tout ce que nous *savons* en matière d'histoire naturelle. La méthode dite *expérimentale* est l'instrument au moyen duquel l'esprit humain exploite, défriche l'immense champ des sciences naturelles, sciences qui portent aussi le nom de sciences d'*observation*, parce que en effet l'observation en est, pour ainsi dire, la mère.

Mais encore une fois, ce n'est pas assez que de savoir vaguement quel est le double agent dont on se sert dans l'étude des sciences naturelles, il faut encore connaître en détail, analyser en quelque sorte l'instrument d'observation et l'esprit qui en élabore les matériaux. C'est encore là un grand principe que Bacon avait bien entrevu, quand il disait qu'il fallait commencer par *refaire l'entendement humain lui-même*, avant de poser les règles fondamentales des méthodes à suivre dans les sciences naturelles proprement dites.

Ces expressions *refaire l'entendement humain*, signifient refaire la *science de l'entendement humain*, c'est-à-dire la physiologie intellectuelle ou la *psycologie*. L'étude de cette *science des sciences* fut entreprise avec un zèle infatigable par les philosophes du XVIIIe siècle, parmi lesquels se distingue Condillac, ce chef de l'*école* dite *sensualiste*, dont la devise était ce fameux principe d'Aristote : « Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu. » Les travaux de ces philosophes sur la *sensation* en général et ses diverses *transformations* ont laissé de profonds souvenirs. Cependant, l'école dite *spiritualiste*, d'accord en cela avec l'école de Gall ou l'école *phrénologique*, leur a justement reproché de n'avoir pas formulé assez largement les principes ou les sources de nos connaissances. Déjà Cabanis avait signalé un ordre de sensations, et partant une *voie* d'observation, qui avaient échappé à l'analyse de Condillac et de ses disciples. Enfin, dans ces derniers temps, de profonds observateurs en métaphysique ont fixé leur attention sur un nouveau point de vue de l'horizon de l'observation, savoir : les opérations et les phénomènes des agents intellectuels eux-mêmes. Ils ont désigné sous le nom de *conscience*, cette sorte de nouveau sens, cet organe de l'observation *intérieure* ou *métaphysique* (on peut l'appeler ainsi par opposition aux autres sens qui s'exercent sur les phénomènes du monde *physique* ou extérieur).

Toutefois, tandis que de creux métaphysiciens se consumaient presque en pure perte dans d'abstraites considérations sur les attributs généraux de l'*esprit*, de l'*intelligence*, de l'*ame*, tels que la mémoire, la comparaison, le jugement, etc., un immortel et ingénieux observateur, Gall, analysant avec une admirable sagacité les divers éléments fondamentaux, les facultés primitives dont l'ensemble constitue l'intelligence, *refaisait véritablement l'entendement humain*, répandait un jour nouveau sur la physiologie *psycologique*, et trouvait le secret *organique* de la supériorité de l'homme sur les animaux. Il démontrait toute la fausseté, pour ne pas dire l'absurdité, de la doctrine des philosophes de l'école *sensualiste*, qui enseignaient que l'homme ne l'emportait sur les autres animaux que parce que les *cinq sens* étaient plus parfaits chez lui que chez ces derniers. Non certes, ce n'est pas là ce qui donne à l'homme la supériorité intellectuelle dont il jouit ; il en est redevable à ces sens cérébraux, que Gall et ses disciples ont désignés sous les noms de sens ou d'organes du calcul, de la mécanique, de la parole, de la causalité, etc., etc., parmi lesquels il en est dont les animaux sont dépourvus, et dont les autres, communs à ces derniers et à l'homme, sont incomparablement plus développés chez lui que chez les animaux.

Grâce à l'action de quelques-uns de ces agents intellectuels sur-ajoutés aux sens externes proprement dits, non-seulement l'homme peut observer les objets de la nature sous de nouveaux rapports, mais il conçoit des idées de *forces*, de *cause première*, d'êtres qui ne tombent pas sous nos sens ou de substances *impondérables*, et il s'élève même jusqu'à la notion d'une puissance surnaturelle ou divine (1).

(1) L'idée de force, dira-t-on, est une pure hypothèse, et l'on ne doit considérer dans les corps que les phénomènes et les lois qui les régissent. Tout cela est à merveille ; mais il n'en est pas moins vrai que cette hypothèse ou cette conception est considérée comme très-légitime par les plus illustres penseurs, au rang desquels nous citerons un géomètre fameux. En effet, suivant Laplace : « *La méthode « la plus sûre qui puisse nous guider dans la recherche « de la vérité, consiste à s'élever, par induction, des « phénomènes aux lois, et des lois aux forces.* » (*Essai philosophique sur les probabilités*, page 258.)

Mais une règle dont il ne faut jamais s'écarter, c'est de

Mais c'est trop s'arrêter sur ces questions de philosophie générale des sciences, matière sur laquelle nous ne possédons malheureusement encore aucun ouvrage satisfaisant. L'exécution d'un pareil ouvrage est hérissé de difficultés presque insurmontables. Elle exige en effet, outre une organisation des plus fortes et des plus complètes, des connaissances si précises sur la famille entière des sciences, qu'un seul homme n'y peut en quelque sorte suffire. Heureusement que pour apprendre les sciences et exercer les arts qui s'y rattachent, il n'est pas nécessaire d'en avoir approfondi la *philosophie;* c'est une sorte de prose que nous faisons sans le savoir.

Au reste, ce n'est pas la science de l'entendement seulement qu'il faut refaire ou du moins perfectionner, mais aussi la langue de cette science. Jusque-là, que de disputes de mots nous aurons encore à dévorer, comme du temps du moyen âge !

J'aurais volontiers épargné aux lecteurs les réflexions précédentes, si elles ne se rattachaient étroitement à notre sujet. En effet, qu'est-ce que la science de l'homme sain et malade, sinon un composé de notions qui n'ont réellement d'autres limites que celles de l'intelligence elle-même ? Que dis-je ? La connaissance de l'esprit humain lui-même, créateur de toutes les sciences, cette science des sciences, comme je le disais tout-à-l'heure, n'est-elle pas réellement une partie de la science de l'homme ou de la physiologie ?

Ces idées générales trouveront donc leur application dans ce que nous avons à présenter sur la *philosophie* de la médecine; mais avant d'aborder les détails de ce sujet, il nous faut déterminer le véritable *génie* de la médecine, et lui assigner un rang dans la grande famille des sciences. Or, s'il est bien vrai que, considéré sous le point de vue de sa vie organique, pour parler le langage de Bichat, l'homme ne soit réellement qu'une merveilleuse machine, dont la complète et exacte connaissance réclame l'application des sciences mathématiques, mécaniques, physiques et chimiques, n'est-il pas évident qu'on ne saurait séparer la philosophie de cette partie de la science de l'homme de la philosophie des sciences dont elle est une application ? S'il est bien vrai, d'un autre côté, que, considéré sous le point de vue de la *vie animale*, pour continuer à parler comme Bichat, l'homme ne soit réellement que le sujet même des sciences désignées sous le nom de métaphysique ou de psycologie, la philosophie de ces sciences ne se confond-elle pas avec la philosophie même de cette seconde partie de la science de l'homme ?

Tout ce que nous allons dire sur la philosophie de la médecine ne contiendra donc, en dernière analyse, que des principes, dont les uns appartiennent aux sciences mathématiques, les autres aux sciences physico-chimiques, les troisièmes enfin aux sciences métaphysiques ou psycologiques. Répétons bien surtout que l'observation et l'expérience ne sont pas l'unique élément de la méthode employée à la construction de l'édifice complet de la médecine. Il est bon d'insister sur ce principe, aujourd'hui que certains hommes, affectant un dédain superbe pour ce qu'ils appellent des *doctrines* et des *théories*, et prenant à la lettre la fameuse sentence *ars medica tota in observationibus*, tombent dans la plus grossière erreur que l'on puisse commettre en matière de *philosophie médicale*. Bacon s'est servi d'une ingénieuse comparaison pour donner une idée de la méthode scientifique suivie par les divers savants en général, et cette comparaison s'applique à la méthode adoptée par les médecins en particulier : « Qui tractaverunt scientias, dit-il, aut *empirici*, aut *dogmatici* fuerunt. *Empirici*, formicæ more, congerunt tantum et utuntur; *rationales* aranearum more, telas ex se conficiunt. Apis vero ratio media est, quæ materiem ex floribus horti et agri elicit, sed tamen eam propria facultate vertit et digerit. Itaque ex harum facultatum, *experimentalis* scilicet et *rationalis*, arctiore et sanctiore fœdere bene sperandum est. » (*Nov. organ.*, lib. III, *Aphorisme* 95.)

Certes, les faits de la médecine ne vont pas *seuls et comme d'eux-mêmes* se ranger dans un ordre voulu, et constituer un édifice médical régulier, ainsi qu'on voyait autrefois, au son de la lyre d'Amphion, s'élever des maisons et des villes entières. Or, si les observations ne s'arrangent pas ainsi miraculeusement d'elles-mêmes en ordre logique et scientifique, et si pourtant nulle vraie science ne peut exister qu'autant que la *collection de faits* dont elle se compose a été disposée suivant un ordre logique, rationnel, philosophique, il n'est pas vrai de dire que la médecine gît tout entière dans les observations : *Ars medica tota in observationibus* (1).

Tout ce que la médecine possède de plus grands observateurs et de plus illustres auteurs, les Hippocrate, les Sydenham, les Baillou, les Baglivi, les Morgagni, les Zimmerman, les Bichat, les Stoll, les Corvisart, les Pinel, etc., etc., n'ont certes jamais exclu le raisonnement et l'esprit philosophique du nombre des instruments nécessaires à l'exploitation du champ de la médecine. Appliquant à la saine médecine elle-même le nom de la double méthode dont elle est le produit, Hilden-

ne pas multiplier *sans nécessité* les forces et les *principes* ou *êtres de raison* dont on les fait dériver, sans quoi on s'exposerait à tomber dans une sorte de superstition en matière de sciences naturelles.

(1) Au reste, l'auteur de cette sentence ne l'a jamais prise à la *lettre* pour son propre compte. C'est bien ici le cas de répéter que la *lettre* tue et que l'esprit *vivifie*.

brand lui donne le nom de médecine *empirico-rationnelle.* « Hypothetico autem omni evitato delirio, illa, quæ casto ratiocinio ex ipsis observatis deduci possunt theoremata, ita interxta sunt practicis adnotationibus, ut medicinæ empirico-rationalis obtineatur scopus. Atque hæc quousque hominum mala erunt, suam defendet veritatem, suamque utilitatem. »

Les rapprochements, les généralisations, les *théories et les doctrines* enfin, pour me servir des expressions les plus usitées, sont tellement inhérentes à l'essence de la médecine, comme à celle de toutes les autres sciences physiques ou naturelles, qu'en vérité on a peine à concevoir les sorties et, si l'on ose le dire, les insultes dont ces nobles productions de l'esprit humain ont été l'objet de la part de quelques médecins. On est surtout étonné de trouver parmi les détracteurs de l'esprit de *théorie*, du génie *systématisateur*, des hommes doués d'ailleurs des plus hauts talents. Ce qui n'étonne pas moins, c'est que les auteurs qui ont professé un tel paradoxe fourmillent, en quelque sorte au besoin, de théories et d'idées hypothétiques, soit qu'ils en agissent ainsi sans le savoir, soit plutôt que leur dédain pour les théories et les doctrines se réserve tout entier pour celles de leurs adversaires. Nous citerons plus loin des passages propres à justifier ce qui vient d'être dit de la manière de voir de certains hommes sur l'usage des *systèmes*, des *explications*, des doctrines en médecine, spécialement en ce qui concerne la *nature* intime des maladies.

Ce n'est point assez d'avoir démontré, d'une manière générale, qu'en médecine, comme dans toute autre science, on ne peut procéder que par la double voie de l'observation et de la rationalisation ; il importe beaucoup, en effet, de consacrer quelques développements à l'exposition de cette grande méthode, et c'est ce que nous allons faire. Toutefois, nous n'accorderons pas à ce sujet toute l'extension dont il est susceptible, et nous faisons des vœux pour qu'il se trouve quelque médecin d'un excellent esprit qui puisse exécuter dans tous ses détails le travail que nous allons simplement ébaucher.

CHAPITRE II.

DE L'ESPRIT OU DU GÉNIE D'INVENTION, D'OBSERVATION, D'EXPÉRIMENTATION, DE SES AGENTS ET DE SES MÉTHODES.

Les agents ou les organes de l'observation des phénomènes qui se passent en dehors de nous, sont les sens externes ou les sens proprement dits. D'autres sens, des sens internes nous mettent pour ainsi dire en rapport avec nous-mêmes, et cette sorte d'observation intérieure qui, dans ces derniers temps, a été désignée sous le nom de *conscience*, est une source de connaissances de la plus haute importance (1).

ARTICLE PREMIER.

De l'observation extérieure.

L'observation extérieure est l'application immédiate ou médiate de l'un ou de plusieurs de nos sens à la recherche des propriétés et des phénomènes des corps. Elle est le véritable flambeau de l'esprit humain dans tout ce qui concerne l'étude des sciences physiques et chimiques proprement dites. L'impulsion, l'espèce d'instinct qui nous porte à exercer nos sens, est ce que je désigne sous le nom d'*esprit* ou de *génie* d'observation. On ne saurait être un grand observateur sans être doué, à un haut degré, de cette sorte de penchant qu'il faut bien distinguer des sens eux-mêmes ; en un mot, il faut une vocation pour l'art d'observer, comme pour tout autre art, et l'*on naît observateur comme l'on naît poète.* Un idiot peut avoir les cinq sens externes très-développés, et il ne sera cependant jamais un grand observateur. Que lui manque-t-il donc? cet esprit d'observation dont le siége est dans le cerveau, et dont le développement et la puissance varient selon les individus.

Pour que nos sens puissent recueillir convenablement, exactement les phénomènes, il ne faut pas seulement qu'ils soient bien organisés, il est encore deux autres conditions fondamentales, savoir : l'*attention* et l'*éducation.*

L'*attention* augmente la force de l'instrument observateur ; elle le *tend*, en quelque sorte, et de là ce précepte d'être *attentifs* et *patients* que l'on recommande à tous ceux qui se consacrent au pénible métier de l'observation (2).

L'*éducation*, ou la culture des sens, s'obtient par

(1) « Aux limites de la physiologie visible, commence « une autre physiologie dont les phénomènes sont aussi as- « sujettis à des lois qu'il est très-important de connaître. « Cette physiologie que nous désignerons sous le nom de « *psycologie* est, sans doute, une continuation de la phy- « siologie visible. *En appliquant aux observations du « sens interne qui peut seul les apercevoir, la méthode « dont on a fait usage pour les observations des sens ex- « ternes, on pourra porter dans la théorie de l'entende- « ment humain, la même exactitude que dans les autres « branches de la philosophie naturelle.* » (Laplace, *Essai philosophique sur les Probabilités.*)

(2) « L'attention donnée fréquemment à une qualité par- « ticulière des objets, finit par douer les organes d'une ex- « quise sensibilité, qui fait reconnaître cette qualité, lors- « qu'elle devient insensible au commun des hommes. » (Laplace, *Calcul des probabilités*, page 240).

leur exercice habituel : ils acquièrent par un long et fréquent exercice une finesse et pour ainsi dire une prestesse telle, qu'elle semble tenir du prodige. Il est vrai que par l'exercice dont il sagit, l'esprit d'observation se développe et se perfectionne singulièrement; et c'est là, peut-être, bien plus encore que dans le développement des sens eux-mêmes, qu'il faut chercher le secret de cette merveilleuse sagacité avec laquelle les grands observateurs saisissent les phénomènes qui se dérobent aux observateurs vulgaires.

Parmi les médecins qui ont le plus insisté sur la nécessité de bien exercer les sens, il faut placer au premier rang l'immortel Corvisart. Il revient souvent, et avec une sorte de complaisance, sur cet important sujet. Le passage suivant de la préface de sa traduction de l'ouvrage d'Avenbrugger sur la percussion mérite d'être cité :

« De toutes les sciences physiques en général, il n'en est peut-être pas une dans laquelle il importe plus d'interroger les sens que dans la médecine pratique strictement dite...

» Qu'il est rare cet observateur accompli qui sait attendre dans le silence de l'imagination, dans le calme de l'esprit, et avant de former son jugement, le rapport d'un sens actuellement en exercice; qui compare ce rapport de l'un avec le produit de l'autre; qui redresse, ou fortifie l'un par l'autre; qui en confronte ensuite les résultats avec ceux dont l'observation et l'expérience lui ont imprimé un exact souvenir, pour établir enfin sur ces bases le jugement le moins erroné possible dans la recherche de la nature et des causes des maladies!

» Mais cette justesse, cette précision de nos sens, suppose leur fréquente application sur les objets qu'ils peuvent atteindre, et cet exercice doit être convenablement dirigé : c'est cet exercice habituel, convenable et méthodique que j'ai souvent appelé l'*éducation médicale* des sens, éducation trop négligée.

» Si la médecine, sous un certain point de vue, constitue manifestement une science, elle a évidemment aussi des rapports sous lesquels elle est simplement un art, *ars medica*, dit-on souvent; et, considérée sous cet aspect, l'éducation des sens est tellement importante, tellement indispensable, que je ne pense point qu'il soit possible, sans cela, d'être un médecin recommandable au lit des malades. Et qu'est-ce, en effet, que ce qu'on appelle vulgairement l'habitude de voir des malades, le coup d'œil du médecin, qui l'emporte si souvent sur la plus vaste érudition et sur la plus solide instruction, sinon le résultat du fréquent, méthodique et juste exercice des sens, d'où dérivent cette facilité dans l'application, cette prestesse dans le rapport, cette sûreté si rapide quelquefois dans le jugement, que tous ces actes semblent simultanés, et dont on comprend l'ensemble sous le nom de *tact*? »

J'ai dit plus haut que nos sens pouvaient s'appliquer *immédiatement* ou *médiatement* aux objets dont il s'agit de connaître les propriétés et les phénomènes : le premier mode constitue l'observation simple ou *naturelle*, le second l'observation *artificielle* ou secondée de l'usage d'instruments construits par les mains de l'art. L'œil, par exemple, n'ayant qu'une portée et une énergie bornées, on comprend aisément tous les avantages qu'on peut retirer de l'emploi d'instruments qui grossissent ou rapprochent les objets; l'effet en est le même que si la propre énergie du sens était accrue. Que de phénomènes le microscope et le télescope ne nous ont-ils pas révélés, qui se fussent éternellement dérobés à la simple inspection! Qui ne connaît les beaux résultats des recherches microscopiques des Spallanzani, des Fontana, et celles plus récentes encore de MM. Prévost et Dumas, Home, Dutrochet, Raspail, Bauëer, Schultz, etc., etc.? Ce que nous disons de l'œil est applicable à l'ouïe et au toucher, considéré comme *sens mécanique*. En effet, sans une foule d'instruments dont nous armons notre main, organe de ce dernier sens, de combien de lumières dues à cet organe d'exploration, ne serions-nous pas privés! Que de précieux documents, par exemple, n'ont pas été fournis par les différents genres de *cathétérisme!* Or, la sonde, si l'on ose ainsi dire, est un doigt prolongé.

Toutefois, l'emploi des instruments en général, et celui du microscope en particulier, exige de l'habileté et des précautions, si l'on veut éviter toute espèce d'erreurs, et c'est bien aux expériences microscopiques que s'applique rigoureusement ce sage précepte d'un illustre physiologiste : « Est in his omnibus experimentis lex, cujus neglectæ pænas maximi aliquando viri luerunt. Nullum unquam experimentum, administratio nulla, semel debet institui; neque verum innotescit, nisi ex constante repetitorum periculorum eventu. Plurima sunt aliena, quæ se in experimenta immiscent : discedunt ea in repetendò, ideò quia aliena sunt, et pura supersunt, quæ ideo perpetuo similiter eveniunt, quod ex ipsa rei naturâ fluant. » (Haller, *Élem. physiol.*, *præf.*, v.)

Ainsi donc, dans les sciences médicales, un grand nombre des objets ou des phénomènes qu'il s'agit d'observer, n'étant pas à la portée de nos sens, pour les rendre accessibles à ces agents d'observation, on a imaginé ou inventé divers procédés par lesquels on peut lever, pour ainsi dire, le voile sous lequel se cachent ces objets et ces phénomènes. Or, ces procédés, ces actes divers portent en général le nom de méthodes, de procédés, d'expériences ou d'expérimentations. Les dissections elles-mêmes sont des moyens d'observation, et l'on sait assez que la médecine ne mériterait réellement pas

le nom de science exacte et positive, si elle était privée des lumières que lui fournit l'anatomie normale et anormale, science qu'on ne peut connaître que par les dissections et les analyses de tout genre. Le physiologiste en particulier ne peut se dispenser d'en pratiquer (1).

Les maladies peuvent être rigoureusement considérées comme autant d'expériences naturelles qui fournissent à l'esprit d'observation une ample moisson de phénomènes, et c'est là précisément le champ d'observation ouvert au clinicien, lequel n'est que le physiologiste de l'homme malade. Au reste, pour le dire en passant, ces espèces d'expériences et de vivisections faites par la nature ont puissamment contribué à l'avancement de la physiologie normale elle-même, et c'est avec beaucoup de raison que, dans sa dissertation inaugurale, l'un des observateurs le plus distingués de notre époque, M. le professeur Lallemand, a dit, par exemple, que l'étude des maladies de l'encéphale ne serait pas moins utile à la détermination des fonctions de cet organe si composé que les vivisections proprement dites. Cette vérité n'avait point échappé à la profonde sagacité de Haller, comme le prouve le passage suivant de sa grande physiologie: « Sed et morbosorum cadaverum incisorum plurima commoda sunt. Sit functio unicumque corporis parti vulgò adscripta, velisque rescire, num vere id ejus officium sit quod creditur, non certius definies, quam incisis corporibus, in quibus ea pars vitiata erit. Si ea functio superfuit, cum id organum vitio laboravit, non est ejus, quæ dicebatur, utilitas; si sublata fuit in eo corpore functio cujus particula de quâ quæritur, vitiata fuit, valde erit vero proximum, hanc fuisse ejus partis functionem, quæ sublata fuit. »

Les expérimentations sur les animaux vivants sont très-propres à éclairer une foule de questions médicales, que la simple observation des maladies, telles que nous les offre la nature, a laissé dans un état d'obscurité plus ou moins profonde. Certainement, par exemple, les expériences de M. Gaspard sur l'injection de matières putrides dans les veines, expériences que j'ai répétées moi-même, n'ont pas été complètement perdues pour l'explication de ces phénomènes typhoïdes qu'on observe dans un certain nombre de maladies. Certainement aussi, les inflammations que j'ai développées artificiellement dans le tube digestif de plusieurs chiens, ont contribué à me faire apprécier à sa juste valeur le rôle que jouent les inflammations dites *spontanées* de cet appareil dans la production des maladies désignées sous le nom de *fièvres essentielles*. Si l'on doit regretter quelque chose, c'est qu'une aussi féconde source de lumières et de connaissances positives ne soit pas plus souvent mise à contribution.

En dernière analyse, l'expérimentation n'est pas moins applicable aux sciences physiologiques ou médicales qu'à la physique et à la chimie elles-mêmes, qui lui sont redevables de leurs immenses et rapides progrès. D'ailleurs il faut l'avouer, l'esprit n'est point étranger aux travaux d'expérimentation. N'est-ce pas en effet une opération de l'esprit, que l'idée ou la conception d'une ou de plusieurs séries d'expériences propres à éclairer une question scientifique quelconque? Qu'est-ce donc que le *génie* expérimental? Cette *œuvre ma-*

(1) Ce n'est pas sans un vif et bien légitime étonnement que dans une préface assez récente, qui contient, d'ailleurs, d'excellentes idées, on lit les réflexions que voici : « Depuis la fin du dernier siècle, la physiologie emploie « exclusivement le même moyen de recherches à la solu- « tion des questions les plus disparates, et paraît n'en plus « connaître d'autres que les expérimentations. Le labora- « toire de ses études ressemble moins au cabinet d'un « homme méditatif, qu'à un lieu de meurtre et de carnage, « où retentissent sans cesse les plaintes et les cris des bêtes « expirant au milieu d'affreuses tortures. Sourde à leurs « douleurs, la physiologie contemple volontiers, *en riant*, « l'horreur de leurs mouvements et les angoisses de leurs « souffrances; et puis, s'extasiant sur les difficultés et les « obstacles vaincus, et comparant particulièrement les pei- « nes et les fatigues corporelles de l'expérimentateur au « travail du penseur dans son cabinet, elle place, sans hé- « siter, les œuvres manuelles de l'homme qui expérimente « au-dessus des opérations toutes intellectuelles de l'homme « qui réfléchit, et elle est conséquente avec elle-même; « car autant elle est active de ses mains, autant elle est peu « raisonneuse de son esprit. »

Sans doute, il est très-beau, très-noble et très-utile de se livrer au travail de la pensée en physiologie comme en toute autre science. Mais ce n'est pas uniquement par la méditation dans son cabinet et par des tours de force intellectuels que la physiologie fait chaque jour de nouveaux progrès. Si l'on veut savoir quelle influence exerce la 8e paire de nerfs sur la respiration, quelles sont les fonctions du cerveau, du cervelet et de la moelle épinière, quel rôle jouent les veines dans la fonction de l'absorption, etc., etc., il n'est guère permis d'espérer qu'on parviendra à résoudre ces problèmes en restant dans son cabinet, les jambes croisées, la main sur le front, les yeux fermés et l'esprit tendu. Mieux vaut alors ouvrir les yeux, aller dans un amphithéâtre, multiplier et varier les expériences, comme l'ont fait Dupuytren, Legallois, Rolando, MM. Magendie, Flourens, etc. sauf à ne point *contempler, en riant, l'horreur des mouvements et les angoisses des souffrances des animaux*, ce qui, je crois, n'est pas l'attribut nécessaire de la physiologie expérimentale.

Un physiologiste qu'on n'accusera point, sans doute, de trop de cruauté, lui qui n'avait jamais eu le courage de porter sur l'homme malade le tranchant du fer chirurgical, *Haller a dit :* « Viva animalia incidisse necesse est. « Unicum sæpe experimentum integrorum annorum labo- « riosa figmenta refutavit. Hæc crudelitas ad veram phy- « siologiam plus contulit, quàm omnes fere aliæ artes, « quârum conspirante operâ, nostra scientia convaluit. »

nuelle, cette *fatigue corporelle*, n'est-ce pas l'esprit qui les dirige? Certes, c'est bien moins par l'*exécution* que par la *conception* des expériences que se distinguent les grands expérimentateurs, et concevoir une expérience est, je le répète, un acte d'esprit, d'intelligence, d'entendement, comme toute autre conception.

Suivant les qualités ou conditions des corps que l'on se propose d'apprécier *exactement*, on a recours tantôt aux méthodes et aux procédés mathématiques, tantôt aux méthodes mécaniques, physiques. Ainsi, par exemple, quand il s'agit de questions de poids, de volume, d'étendue, de nombre, etc., en médecine, comme en toute autre science naturelle, il est indispensable de peser, de mesurer, de calculer conformément aux règles que nous enseignent les sciences physiques et mathématiques. Or, à chaque instant la clinique nous offre des cas dans lesquels on ne peut *observer*, *explorer* avec précision sans recourir à ces moyens. C'est par le soin extrême avec lequel nous mettons en pratique les méthodes signalées ici que nous avons, j'ose le dire, imprimé à notre clinique un caractère de précision, d'exactitude, de certitude que l'on chercherait vainement là où l'on ne procède pas ainsi.

La percussion, l'auscultation, la pondération, la mensuration, le calcul, l'exploration thermométrique, hygro-métrique, électro-métrique, dynamométrique, etc., voilà donc réellement les sources pures et fécondes de l'observation médicale, en tant qu'elle s'exerce sur les conditions mécaniques, physiques et chimiques que le corps humain a reçues en partage avec tous les autres corps. La plupart de ces méthodes précises et exactes d'observation sont tellement ignorées ou négligées par la grande majorité des médecins de la vieille école, qu'il ne faut pas s'étonner s'il existe tant de vague et d'incertitude dans leur diagnostic, et partant dans leur pratique. La méthode *numérique*, même dans les cas les plus vulgaires, est presque toujours négligée : par exemple, on tâte le pouls et les battements du cœur et on ne les compte presque jamais; on ne compte pas non plus les mouvements de la respiration. Au lieu de chiffres, on a sans cesse à la bouche les mots de *plus* ou de *moins*, de souvent, quelquefois, dans certains cas, etc., etc. Ce n'est pas que je prétende qu'il ne faille jamais parler en médecine que les chiffres à la main, ce serait interdire en quelque sorte la parole à presque tous les médecins; mais il est des questions dont la solution réclame impérieusement ce genre de démonstration, et dans ces cas, à défaut de chiffre précis, il est au moins nécessaire de s'appuyer sur un chiffre approximatif. Les médecins, en un mot, oublient trop ce principe : « Numero, mensurâ et pondere deus fecit mundum. »

Quoiqu'il en soit, il résulte de tout ce qui précède que tous les moyens usités pour la recherche et la collection des faits dans les sciences physiques proprement dites, tous, sans en excepter le calcul, s'appliquent à la médecine elle-même, et sous ce point de vue, on est bien autorisé à professer que, comme celles-ci, elle se compose de faits positifs, de connaissances exactes. Toutefois, nous reconnaissons volontiers que dans la plupart des problèmes de la médecine, l'application des méthodes exactes offre plus de difficultés que dans ceux des autres sciences physiques, par la raison que les premiers sont beaucoup plus compliqués que les seconds.

Nous venons de voir combien sont nombreux les éléments compris sous le nom vague de *méthode expérimentale*, *voie d'observation*. Nous savons maintenant que les sens proprement dits ne sont pas les seuls moyens naturels qui soient en jeu dans l'application de cette méthode. En effet, mesurer, compter, peser, etc., sont des actes qui n'ont pas pour agents uniques et directs les sens dont il s'agit, mais qui sont régis par des espèces de sens internes spéciaux. C'est donc donner une idée bien étroite de l'art d'observer que de le réduire au simple exercice des cinq sens externes. Au reste, nous serons obligés de revenir sur les divers procédés d'observation, lorsque, dans la troisième partie de ce *Essai*, nous étudierons chacun des points de vue sous lesquels la clinique médicale peut être considérée d'une manière générale.

ARTICLE II.

De l'observation dite intérieure ou de l'exploration des phénomènes de conscience, de sens intime. — De l'interrogation des malades.

Les procédés que nous avons étudiés dans le précédent article, ne nous fournissent des notions que sur l'homme envisagé sous le rapport des propriétés et des phénomènes qu'il possède en commun avec tous les autres corps de la nature ; ils ne sauraient nous en fournir sur les phénomènes sensitifs, moraux et intellectuels par lesquels les animaux et l'homme en particulier se distinguent des autres êtres naturels. En effet, ce n'est ni par l'ouïe, ni par la vue, etc., que nous pouvons nous mettre en rapport avec les phénomènes dont il s'agit : on ne voit pas, on n'entend pas les diverses souffrances d'un malade, ni ses désirs, ni ses appétits, ni ses pensées, etc. Ces phénomènes dont l'individu lui seul a connaissance par cette sorte de sens interne, *d'œil* ou de *tact intérieur* qui a reçu le nom de conscience (1), nous ne pouvons les connaître qu'au

(1) Il ne faut pas confondre la connaissance dont il s'agit ici avec le sens moral, le sens du juste et de l'injuste, du bien et du mal, qui porte le même nom.

moyen de la révélation qui nous en est faite par les divers modes d'expression et spécialement par la parole. De là la nécessité d'*interroger* les malades.

L'art de l'interrogation a ses règles, ses préceptes comme tout autre art, et ce que nous avons dit de la culture, de l'éducation des sens et de l'esprit d'observation s'applique pleinement à la nouvelle faculté qu'il s'agit actuellement d'exercer. Ici se présentent même des sources d'erreur inconnues dans le mode précédent d'observation, et pour ainsi dire *d'instruction*. En effet, les malades peuvent faire des déclarations inexactes, mensongères, et il n'est pas toujours possible de rectifier leurs erreurs, ni de constater leurs mensonges ou leurs fourberies.

L'interrogation méthodique des malades doit, au reste, rouler sur plusieurs objets différents. Elle ne nous éclaire pas seulement sur les phénomènes de sens intime ou de conscience, mais aussi sur les antécédents de tous genres des malades, sur les causes physiques ou morales dont ils ont subi les influences, sur leur âge, leur état civil, leur profession, etc. Mais je n'insisterai point ici sur tous les détails de l'interrogation, car je serai forcé de revenir sur ce sujet à l'occasion des généralités sur les causes des maladies, leurs symptômes, leur durée, etc.

Les lumières que nous acquérons par l'interrogation sont infiniment précieuses. C'est pour en être entièrement privé que le médecin vétérinaire reste souvent dans une ignorance complète sur certains faits qu'il a un grand intérêt de connaître. Le médecin lui-même est quelquefois privé de cet utile flambeau, dans les cas, par exemple, où les malades sont tombés dans le délire ; dans ceux où ils ont seulement perdu l'ouïe ou la parole et qu'ils ne savent pas écrire, etc. Il est des malades qui savent si peu *s'observer*, dont l'intelligence naturelle est si obtuse, qu'on ne peut en obtenir aucune réponse satisfaisante. Il faut alors, quand la chose est possible, interroger les personnes qui les entourent.

Règle générale : les données fournies par l'interrogation des malades sur les causes de leurs maladies ne doivent être accueillies qu'avec une grande prudence, et quant aux signes fournis par cette voie, ils sont en général bien moins propres à servir de base à un diagnostic rigoureux et précis que ceux recueillis par les méthodes physiques d'observation indiquées plus haut, tels que l'inspection, la percussion, l'auscultation, la palpation, etc.

Cependant le vulgaire attache, en général, beaucoup plus de prix aux lumières fournies par l'interrogation des malades qu'à celles puisées dans l'exploration directe, immédiate. Aussi est-ce pour lui une raison de considérer la médecine *vétérinaire* comme une science essentiellement *conjecturale* et *incertaine*. Certes, nous ne méprisons pas, encore une fois, les données, les renseignements que nous nous procurons au moyen de l'interrogation des malades, et nous avouons volontiers par conséquent que la médecine vétérinaire possède pour ainsi dire un sens de moins que la médecine humaine. Ce que nous avons voulu dire uniquement, c'est que, pour le diagnostic de beaucoup de maladies, si nous avions à choisir entre les données fournies par l'exploration *muette*, en quelque sorte, et celles fournies par l'interrogation des malades, nous devrions assurément préférer les premières.

ARTICLE III.

De la collection des observations ou des histoires particulières des maladies.

§ Ier. *Considérations générales.*

Puisqu'il est bien vrai que les cas ou les faits particuliers sont, comme nous l'avons dit, la matière première de la médecine, la base de toutes les opérations ultérieures auxquelles doit se livrer l'entendement pour la construction de l'édifice médical, on comprend assez toute l'importance de l'art de recueillir ces cas ou ces faits particuliers. Cet art n'est autre chose que l'application méthodique des principes que nous avons précédemment exposés. Mais toute application de principes, de règles, quel qu'en soit le sujet, ne se fait bien qu'avec de l'habitude. Il faut donc s'exercer de bonne heure à la collection des faits, et avec le temps on acquiert l'habileté et le talent nécessaires (1).

Ce n'est pas une chose facile que de déterminer quelles sont les diverses conditions que doit réunir une *observation* pour qu'elle soit bonne et complète. Avant de poser quelques règles à cet égard, je dois faire remarquer que les observations bonnes à une époque donnée de la science, cessent de l'être à une autre époque. En effet, comme l'art d'observer s'enrichit de temps à autre de nouvelles méthodes, ou perfectionne et agrandit celles qu'il possédait déjà, il est clair que les observations recueillies à une époque antérieure à celle des découvertes ou des perfectionnements dont il s'agit, seront néces-

(1) « Les faits particuliers, c'est-à-dire les histoires individuelles des maladies internes, tracées avec soin pendant leur cours entier ont été et seront à jamais les vrais fondements de toute doctrine solide ; mais ces faits épars dans les écrits des anciens et des modernes, doivent être recueillis avec choix et avec un discernement qu'on ne peut acquérir qu'en s'exerçant soi-même dans le genre descriptif, et en se jugeant toujours avec sévérité. » (Pinel, *Nosog. philosop., introduction.*)

sairement incomplètes. C'est ainsi, par exemple, que les observations de maladies dans lesquelles la percussion et l'auscultation fournissent des signes d'une si grande valeur, sont nécessairement incomplètes chez les auteurs qui ont vécu avant l'heureuse invention de ces deux fécondes et précieuses méthodes. Nos propres observations, si supérieures à celles de nos devanciers, vieilliront à leur tour, à mesure que de nouveaux progrès s'introduiront dans l'art d'observer (1).

Ce que nous disons ici est parfaitement et presque littéralement conforme à ce que nous lisons dans le passage suivant d'un savant observateur moderne (M. Louis) : « Il n'est pas hors de propos, je pense, de faire remarquer ici qu'on ne saurait s'appuyer de l'autorité des anciens dans les questions relatives au siége des maladies, vu que ces questions ne peuvent être éclairées que par la comparaison des symptômes avec les lésions, et que les anciens ignoraient l'anatomie pathologique. Il n'est pas vrai non plus, comme on le dit trop souvent, que les faits ne vieillissent pas. Sans doute, quelques faits bien observés ne vieillissent pas, et ne peuvent pas vieillir puisqu'ils sont bien observés, mais l'immense majorité des faits a vieilli et ceux que nous recueillons aujourd'hui vieilliront à leur tour, car ils porteront plus ou moins l'empreinte du temps, de ses méthodes plus exactes qu'à des époques antérieures, et moins rigoureuses que dans celles qui nous suivront. Il importe que ceux qui se livrent à l'observation soient convaincus de cette vérité et se rappellent souvent que le meilleur ouvrage n'est bon que relativement à l'époque où il paraît, qu'il en attend un autre plus exact et plus complet. »

Pour qu'une observation particulière soit bien faite, il faut qu'elle soit une exacte et fidèle représentation, une sorte de portrait de l'état du sujet aux différentes périodes de la maladie, simple ou compliquée, dont il a été affecté.

Mais le médecin n'est pas seulement peintre, il est historien, et doit par conséquent retracer tous les événements, toutes les circonstances qui ont modifié le malade, avant et pendant la maladie, circonstances très-multipliées sur lesquelles nous reviendrons plus loin, en traitant des causes, du traitement, etc.

Sydenham a beaucoup insisté sur la nécessité de ne rien négliger à cet égard, pas même les plus minces détails, de même, dit-il, qu'un habile peintre conserve dans son tableau les taches et les macules de l'original. Il en est de même de tous les auteurs qui ont marché sur les traces de ce grand peintre, de ce profond historien des maladies. Mais, jusqu'à ces derniers temps, la description exacte, si vivement recommandée par les médecins hippocratistes, ne portait guère que sur les symptômes extérieurs, comme on peut s'en convaincre en lisant le plus illustre de nos classiques en médecine :

« J'ai vivement senti en tout temps, et je sens chaque jour davantage, combien il importe, à l'exemple des naturalistes, de cultiver la science des signes, de se former sans cesse à bien saisir les *caractères extérieurs des maladies internes*, et d'être toujours en garde dans les cas difficiles contre l'illusion et l'erreur. Il est bien reconnu, en effet, depuis la plus haute antiquité, que les maladies internes portent, chacune à leur manière, sur diverses fonctions organiques, une atteinte passagère ou durable; qu'elles se marquent au dehors par des changements qu'un œil exercé apprend à saisir, et dont on trouve le recensement général dans tous les ouvrages de séméiotique anciens et modernes; mais, les « symptômes » considérés comme des caractères distinctifs » des maladies, et propres à servir à les classifier, » en rendant évidentes leurs conformités générales » et leurs différences, » doivent être étudiés d'une manière particulière, en s'arrêtant toujours à propos, et sans aller se perdre dans des raisonnements vagues sur des objets que l'entendement humain ne peut pénétrer..... Une observation attentive et constamment répétée ne porte-t-elle point à faire envisager les maladies comme des changements passagers, plus ou moins durables, dans les fonctions

(2) « Une suite de l'art d'observer les symptômes, dit « l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique*, c'est « de faire un tableau net et précis de leur ensemble et de « leur succession, c'est-à-dire du cours entier d'une ma- « ladie individuelle, quelconque, sans rien omettre d'im- « portant, sans rien ajouter de superflu, et en cherchant « toujours à se rapprocher d'un modèle idéal qu'on ne « pourra peut-être jamais atteindre. Dans quel éloignement « prodigieux ne se trouvent point placées la plupart des « observations particulières qu'on nous a transmises ou « qu'on publie encore ! Le fondateur de la médecine a sans « doute fixé (1er et 3e livres *des Épidémies*) la marche à « suivre dans cette méthode descriptive, du moins pour « les maladies aiguës ; mais l'étude comparative des scien- « ces physiques et leurs perfectionnements modernes per- « mettent-ils de s'arrêter à ce terme ? »

De son côté, le célèbre auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* s'exprime ainsi dans la préface de cet ouvrage : « Tant que l'art d'exposer les phénomènes des « maladies n'aura point acquis cette perfection, qui peut- « être se lie à celle de la science, celui qui voudra étendre « ses idées sur un genre quelconque d'affections patholo- « giques se verra forcé de remonter à la source première, « et de recueillir lui-même les faits que la nature, toujours « uniforme dans ses opérations, ne cesse jamais de nous « représenter. »

Malgré les immenses progrès qu'il a faits, depuis l'époque à laquelle parut pour la première fois le beau Traité que nous venons de citer, l'art d'observer n'a pas encore atteint toute sa perfection, et il faudra long-temps encore remonter à la source première, et relire le grand livre de la nature.

de la vie, et *manifestés par des signes extérieurs* avec une constante uniformité pour les traits principaux, et des variétés innombrables pour les traits accessoires? *Ces signes extérieurs*, pris de l'état du pouls, de la chaleur, de la respiration, des fonctions de l'entendement, de l'altération des traits du visage, des affections nerveuses ou spasmodiques, de la lésion des appétits naturels, etc., « forment, par leurs » diverses combinaisons, des tableaux détachés, » plus ou moins distincts ou fortement prononcés,» suivant qu'on a la vue plus ou moins exercée, et qu'on a fait des études profondes ou superficielles. Ces changements internes, connus par leur opposition avec l'état de santé et liés intimement avec *des signes sensibles*, se dessinent avec tant de régularité, quoiqu'avec des formes variées, se sont si souvent reproduits, et ont été décrits avec tant d'exactitude, que, dans l'exercice de la médecine, on peut à peine trouver une maladie qu'un homme instruit et judicieux ne puisse déterminer, et dont une maladie analogue ne soit consignée dans quelque ouvrage.

» Sous ce point de vue, la maladie doit être considérée, non comme un tableau sans cesse mobile, comme un assemblage incohérent d'affections renaissantes qu'il faut sans cesse combattre par des remèdes, mais comme un tout indivisible depuis son début jusqu'à sa terminaison, un ensemble régulier de symptômes caractéristiques et une succession de périodes, avec une tendance de la nature, le plus souvent favorable et quelquefois funeste. Hommage éternel soit rendu au génie observateur d'Hippocrate, qui a tracé des histoires semblables avec autant de vérité que de laconisme et de profondeur, qui a ouvert depuis plus de vingt siècles la vraie carrière de l'observation, ainsi que de la méthode descriptive, et qui, comme pour nous défendre d'une admiration superstitieuse pour ses écrits, a transmis par là les moyens de les rectifier lorsqu'ils sont fautifs, et d'étendre les connaissances qu'il a laissées encore incomplètes !

« Pourquoi a-t-on mis si souvent en oubli la pureté du goût d'Hippocrate, son éloignement pour toute théorie vaine, pour toute explication frivole, sa marche philosophique si digne d'être suivie, si rarement prise pour modèle ? Quelle stérile profusion d'écrits publiés, depuis Galien jusqu'à nous, « sur les désordres produits par la bile, la pituite, » le sang, l'atrabile, comme si ces fluides jouaient » un rôle actif pour nous tourmenter et nous per- » dre ! Que de théories vaines et dégoûtantes sur » les amas impurs des premières voies, sur la sa- » burre, les saletés gastriques, les humeurs putri- » des, le sang dissous, et AUTRES JEUX FRIVOLES » DE L'IMAGINATION » qui ont passé de la poussière des écoles dans le langage familier, et qu'on retrouve même dans des ouvrages où brille d'ailleurs le vrai talent de l'observation. » (Pinel, *ouvr. cit.*, *introd.*, pag. v et suiv. ; 6e édit.)

Voilà quelle était la doctrine médicale du commencement de ce siècle ; voilà comment le plus grand représentant de cette époque médicale comprenait la description des maladies internes en général, et leur classification. On le voit, la description doit porter sur les *signes extérieurs*, *pris de l'état du pouls*, *de la chaleur*, etc., et la classification doit avoir pour base ces signes extérieurs. Pinel ne veut pas que les signes extérieurs soient pris de l'état des fluides, considérant comme « des jeux frivoles de l'imagination, comme des théories vaines et dégoûtantes, ce qu'on a écrit sur les humeurs putrides, le sang dissous, la saburre, les saletés gastriques. »

A Dieu ne plaise que nous fassions un grave reproche à Pinel de ses sarcasmes éloquents contre les idées humorales auxquelles il fait allusion dans le passage que nous venons de citer, ni que nous le blâmions de l'importance trop exclusive qu'il attachait à ce qu'il appelle les « signes extérieurs ou sensibles des maladies, et d'avoir considéré ces signes ou symptômes comme des caractères distinctifs des maladies, des caractères propres à servir à les classifier ! » Ce serait rendre ce célèbre nosographe coupable des erreurs de l'époque médicale où il régnait. Je veux uniquement constater un fait, savoir qu'à cette époque, les altérations des solides et surtout celles des liquides, les caractères anatomiques des maladies internes, en un mot, n'étaient pas placés en première ligne comme éléments d'une classification nosologique, qu'ils n'étaient pas même mentionnés alors dans l'exposition d'une doctrine générale des maladies, et que l'étude ou la science des signes extérieurs, comme du temps de Sydenham et d'Hippocrate lui-même, avait en quelque sorte le pas sur toutes les autres parties de la médecine.

Malgré les immortels travaux de Morgagni, malgré l'impulsion anatomico-physiologique que Bichat et son école avaient imprimée à la médecine, et que Pinel lui-même a la gloire d'avoir suivie dans quelques parties de sa nosographie, les temps n'étaient pas encore venus où l'on donnerait, pour ainsi dire, un corps aux maladies, en les rattachant aux organes, en les *localisant* en un mot (1). Cette

(1) Nous recommandons à l'attention du lecteur ce beau passage de Bichat : « Combien sont petits les raisonnements « d'une foule de médecins grands dans l'opinion, quand « on les examine, non dans leurs livres, mais sur le cada- « vre ! La médecine fut long-temps repoussée du sein des « sciences exactes : elle aura droit de leur être associée, « au moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura « partout uni à la rigoureuse observation l'examen des al- « térations qu'éprouvent nos organes. Cette direction com- « mence à être celle de tous les esprits raisonnables ; elle « sera sans doute bientôt générale. Qu'est l'observation, « si on ignore là où siége le mal ? Vous auriez, pendant

grande ère, préparée depuis long-temps, ne luit enfin dans tout son jour et ne brilla de tout son éclat, qu'à l'époque où l'auteur des *Phlegmasies chroniques* s'empara du sceptre de la médecine que le vieux Pinel avait si long-temps porté avec gloire, mais dont il ne pouvait plus soutenir le poids. Cette nouvelle ère date de 1816 où parut le fameux *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée*, avec cette épigraphe tirée de Bichat : « qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal ? »

Le passage suivant de la préface de cette sorte d'évangile de la nouvelle foi médicale, en fera connaître le principe fondamental. « Les traits caractéristiques des maladies, dit M. Broussais, doivent être puisés dans la physiologie : formez un tableau aussi vrai qu'animé du malheureux livré aux angoisses de la douleur ; débrouillez-moi par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants ; faites-moi connaître leurs influences réciproques ; dirigez habilement mon attention vers le douloureux mobile du désordre universel qui frappe mes sens, afin que j'aille y porter avec sécurité le baume consolateur qui doit terminer cette scène déchirante, alors j'avouerai que vous êtes un homme de génie ; mais tant que vous vous bornerez à rassembler quelques traits saillants des désordres pathologiques ; tant que vous me défendrez de vérifier, par des rapprochements physiologiques, la vérité de toutes ces abstractions ; tant que vous n'aurez point rallié les désordres les plus violents aux lésions les moins prononcées, et même au degré d'action de chaque viscère, qui constitue l'état de parfaite santé, je dirai que vous n'avez point compris l'énigme de la nature vivante, et vos déclamations ne me feront pas plus d'effet que les cris de vos aveugles partisans. »

A dater de l'*Examen*, la médecine se rallie décidément à l'anatomie et à la physiologie, et comme pour symbole de cette légitime et féconde alliance, M. Broussais, ainsi que nous l'avons déjà noté précédemment, donne définitivement à la science qu'il a réformée le nom de *Médecine physiologique ;* je dis définitivement, car déjà dans l'*Histoire des phlegmasies chroniques*, on trouve cette dénomination.

« vingt ans, pris, du matin au soir, des notes au lit des « malades, sur les affections du cœur, du poumon, des « viscères gastriques, etc., que tout ne sera pour vous que « confusion dans les symptômes qui, ne se ralliant à rien, « vous offriront nécessairement une suite de phénomènes « incohérents. Ouvrez quelques cadavres, vous verrez aus- « sitôt disparaître l'obscurité, que jamais la seule observa- « tion n'aurait pu dissiper. » (*Anat. génér.*, t. Ier, *préf.*, pag. xij.)

—

§ II. *Formule générale pour la collection des observations.*

1° FORMULE DE PINEL.

« Pour recueillir l'histoire d'une maladie, on a deux objets à remplir : l'un est relatif à l'entrée du malade à l'hôpital, l'autre se borne à rendre compte, jour par jour, de la marche et des progrès de la maladie.

» I. Les recherches à faire auprès d'un malade que l'on voit pour la première fois peuvent se réduire à ces trois points de division :

» *A*. Décrire l'état actuel, en notant, 1° les symptômes qui frappent les sens, 2° les douleurs qu'éprouve le malade, l'analyse successive de l'état des diverses fonctions.

» *B*. Remonter à l'origine de la maladie, afin de comparer l'état actuel avec l'état antérieur ; pour cela on s'informera, 1° du caractère particulier de l'invasion, 2° des symptômes qui se sont manifestés depuis l'invasion, 3° de l'époque de la manifestation des symptômes actuels, 4° des médicaments déjà administrés.

» *C*. Rechercher les causes excitantes et prédisposantes : on les trouvera, 1° dans la profession et la manière de vivre du malade, 2° dans les accidents antérieurs à la maladie présente, dans l'état précédent de santé ; 3° quelquefois dans les maladies auxquelles ont été sujets les parents du malade.

» Mais on peut aller au but d'une manière bien plus directe et plus simple : si le malade jouit de sa raison, on lui demande d'abord les douleurs et les affections qu'il éprouve ; et s'il est dans le délire ou privé des fonctions de ses sens, on prend des informations de ceux qui l'environnent. On pressent dès lors si le siége de la maladie est dans la tête, la poitrine, ou l'abdomen, et on dirige sur ce premier point de vue une série directe de questions plus approfondies. On examine ensuite l'état et les diverses lésions des fonctions, soit de celles qu'on appelle vie animale, comme l'entendement, les sens, le mouvement musculaire ; soit de la vie organique, comme la digestion, la circulation, les sécrétions. On cherche à distinguer les affections locales de celles qui sont sympathiques ; et l'on remonte aux symptômes qui ont précédé, ainsi qu'aux causes occasionelles, si la maladie est difficile à connaître.

» II. Pour rendre compte, jour pour jour, des progrès de la maladie, il reste moins à faire : 1° l'on indique si les symptômes ont augmenté ou diminué, ou s'ils sont les mêmes ; 2° on fait connaître les nouveaux symptômes qui se sont montrés ; 3° on note l'état des sécrétions relativement aux trois périodes de la maladie ; 4° on apprécie l'effet des

médicaments; 5° on fixe, au déclin, l'époque de la convalescence et les préceptes du régime (1).

La formule indiquée par l'illustre auteur de la *Nosographie philosophique* est évidemment très-incomplète : par exemple, une remarque qui n'aura point échappé au lecteur, c'est que la formule dont il s'agit ne fait aucune mention des recherches d'anatomie pathologique, dans les cas où la maladie se termine d'une manière funeste. Au reste, l'art d'observer s'est tellement perfectionné depuis une vingtaine d'années, qu'il n'est pas étonnant que, sous plusieurs rapports, les règles exposées par Pinel laissent beaucoup à désirer. Nous allons essayer de donner ci-dessous une formule propre à satisfaire aux conditions essentielles du problème qui nous occupe.

2° FORMULE NOUVELLE.

Pour qu'une observation particulière soit complète et méthodique, elle doit embrasser les objets suivants :

(1) « Je ne fais que proposer à l'homme qui est avide « d'une instruction solide, ajoute Pinel, la marche géné- « rale de l'esprit humain. Il a devant ses yeux les phéno- « mènes d'une maladie qu'il observe; c'est-à-dire, 1° qu'il « a des perceptions à l'occasion des impressions faites sur « ses sens : c'est ce qu'on appelle la *sensibilité;* 2° il a des « perceptions à l'occasion des impressions passées, soit « qu'elles viennent de lui ou des autres, pour lui servir de « terme de comparaison : c'est le *jugement;* 3° il réunit « ces différentes perceptions acquises et variées pendant une « suite de jours, et c'est ainsi que de la connaissance de « l'ensemble et de la succession des symptômes, il se forme « l'histoire particulière d'une maladie déterminée; 4° en- « fin, il tire quelquefois, en rapprochant plusieurs de ces « histoires, des idées abstraites et générales comme l'a fait, « par exemple, Hippocrate dans ses *aphorismes,* et comme « l'ont fait presque tous les médecins observateurs dans « leurs écrits. Ce sont là, à proprement parler, l'analyse « et la synthèse appliquées à la clinique. » (Pinel, *Médecine cliniq.,* page 7, 6e édition).

M. Broussais n'a point *formulé,* d'une manière spéciale, l'art de recueillir les faits particuliers; mais dans son *Histoire des phlegmasies chroniques,* il a présenté sur ce sujet d'excellentes réflexions qui doivent trouver place ici.

« L'observateur scrupuleux ne saurait se dispenser de « tracer isolément l'histoire complète des maladies, jus- « qu'à ce qu'il croie avoir passé en revue la très-grande ma- « jorité des cas.

« En recommandant des histoires complètes, nous en- « tendons que cette expression soit prise dans son accep- « tion la plus étendue. Toute maladie a deux terminaisons « possibles : ainsi, lorsque les efforts du médecin n'auront « pas été couronnés du succès désiré, il ne pourra regar- « der l'observation comme terminée qu'autant qu'il aura « suivi la maladie jusqu'à la dissolution de l'organisme; « je dis jusqu'à la dissolution, car il n'est point d'affection « pathologique qui ne puisse imprimer une modification « particulière au phénomène qui restitue nos corps aux « lois de la matière inorganique. *Si les cadavres nous ont « paru quelquefois muets, c'est que nous ignorions l'art « de les interroger.* En comparant *souvent*, après la mort, « l'état des organes avec les symptômes qui ont prédominé « durant la vie, on apprend à rapporter ceux-ci à leur « véritable source, à distinguer les altérations d'action « purement sympathiques d'avec celles qui sont dues à la « lésion idiopathique d'un appareil; on rectifie les faux « jugements qu'on a portés; on s'habitue à devenir cir- « conspect; on s'exerce à distinguer l'influence des agents « extérieurs d'avec ce qui tient essentiellement à la suc- « cession régulière des phénomènes morbides; en un mot, « on se perfectionne dans toutes les branches de la méde- « cine physiologique.

« Si pendant un certain nombre d'années, le médecin « ne suit pas la route que nous venons de tracer; si, content « d'observer en détail, au moment de ses visites, il ne re- « cueille que des notes générales; s'il borne sa curiosité « anatomique à l'examen des cas extraordinaires, ou de ceux « qui lui paraîtront incertains, il n'échappera point à l'er- « reur. . . . .

« Toutes les circonstances dont nous exigeons le con- « cours pour former un bon observateur ne peuvent se réu- « nir que dans les hôpitaux. . . . C'est donc aux médecins « d'hôpitaux qu'est imposée plus particulièrement la tâche « pénible de reculer les bornes de l'art de guérir. . . . .

Un peu plus loin (*introduction*, page v), on lit : « Il « fallait pour que cette matière (les maladies chroniques) « fut présentée dans un jour lumineux, qu'un médecin « d'hôpital s'imposât la tâche pénible de recueillir et de « rédiger lui-même des histoires de maladies. Afin que ces « histoires fussent complètes, il était indispensable qu'il « suivît les progrès du mal jusqu'à sa terminaison, et qu'il « les constatât, d'une manière positive, en s'assurant que « la santé persistait, ou en faisant l'autopsie du cadavre. « Ce travail ne devait point être confié à des élèves, parce « que l'art d'observer est difficile, et que chaque auteur « porte dans sa rédaction ses vues et ses principes particu- « liers, et interprète la nature différemment. Il me sem- « blait aussi que le médecin le plus heureusement organisé « n'avait pas trop de toutes ses facultés pour interroger tous « les symptômes d'une longue maladie; je me persuadai « même que ce n'était qu'à force de répéter ces interroga- « tions qu'il s'habituait au langage de la nature souffrante, « qu'il assurait la marche sévère et uniforme de la méde- « cine d'observation, qu'il pouvait en épurer la doctrine, « l'étendre, la faire mieux apprécier, et concourir aux « progrès de la science de l'homme en perfectionnant l'art « de guérir ses nombreuses infirmités.

« Je sentis qu'un travail aussi parfait ne pouvait sortir « que des mains d'un professeur de clinique d'une haute « capacité, d'un zèle infatigable, et assez dévoué à la « science pour lui sacrifier des moments qui sont le plus « souvent employés d'une manière toute différente, par les « praticiens d'une grande réputation. . . . . »

PREMIÈRE PARTIE

Ou protocole de l'observation.

Indiquer le nom, l'âge, le sexe, la constitution, le lieu de naissance, le domicile actuel du malade, le jour d'entrée à l'hôpital, le nom et le numéro de la salle.

Toutes ces circonstances ont leur degré d'utilité. L'âge, par exemple, est d'une grande importance, puisque toutes les maladies ne sont pas également fréquentes, également graves aux divers âges de la vie, puisque le traitement doit être modifié suivant les divers âges. Ce que nous disons de l'âge est applicable à la constitution, au sexe, etc. Enfin, la connaissance du domicile elle-même est quelquefois une donnée qui nous éclaire sur la cause du mal, etc., etc.

SECONDE PARTIE.

Description de l'état antérieur.

On s'informe auprès du malade, et, en cas de besoin, auprès des personnes qui le connaissent particulièrement, de son état habituel de santé antérieurement à la maladie présente, et même dans quelques cas, des maladies de ses parents, tant ascendants que descendants. Lorsqu'on aura recueilli les détails convenables à ce sujet, l'interrogatoire aura pour objet tout ce qui s'est passé relativement à la maladie actuelle, avant que le malade ne fût soumis à l'observation du médecin. Il ne faut rien négliger pour bien fixer l'époque précise et le mode d'invasion de la maladie ; pour savoir sous quelles influences celle-ci s'est développée; quels ont été les divers symptômes que le malade a éprouvés ; quels moyens thérapeutiques ont été mis en usage ; quel a été le régime. Cette partie de l'observation est très délicate, et il peut s'y glisser de grandes erreurs, si le médecin n'est pas profondément versé dans l'art d'interroger, et si le malade est doué de peu d'intelligence, ou qu'il cherche à tromper le médecin, ce qui n'est pas rare. Pour bien s'acquitter de cette partie de sa tâche, il ne suffit pas à l'observateur d'être doué d'une grande habitude et d'une aptitude convenable, il faut encore qu'il y apporte une bonne foi à toute épreuve, un esprit dégagé de toute prévention. Sans cela, il pourrait passer sous silence une circonstance importante, ou faire ressortir une circonstance futile, insignifiante, selon qu'elle s'accorderait ou non avec une théorie qu'il aurait adoptée. Sydenham a dit à ce sujet, en parlant de l'influence de l'esprit de prévention dans la description des maladies : « Adde quod si quando symptoma aliquod, quod cum dictâ hypothesi appositè quadret, revera morbo competat, cujus typum delineaturi sunt, tum illud supra modum evehunt, ac plane reddunt εκ μυος ελεφαντα quasi in hoc scilicet totius negotii cardo verteretur : sin hypothesi minus congruat, aut prorsus silentio, aut levi saltem pede transmittere consueverunt, nisi fortè beneficio subtilitatis alicujus philosophiæ in ordinem cogi, ac quoquo modo accommodari possit. »

Voici un exemple à l'appui de ce qui précède (si ce n'est qu'il s'agit ici non d'un *symptôme* comme dans le passage de Sydenham, mais d'une *cause*). Un observateur très-distingué, qui professe que la phthisie pulmonaire n'est point, comme on l'a soutenu, le résultat fréquent de catarrhe chronique ou de rhume négligé, cet observateur, dis-je, demandait, à plusieurs reprises, à un phthisique, s'il était sujet à s'enrhumer; celui-ci répondant constamment par l'affirmative, l'observateur lui ferma la bouche en lui disant malignement : *vous faites une théorie* ! Il est clair que, dans ces cas, si quelqu'un faisait une *théorie*, ce n'était pas le pauvre malade, et que c'était bien là une confirmation de la remarque faite plus haut par Sydenham : « Il fallait passer sous silence un fait qui ne s'accordait pas avec le système adopté, CUM DICTA HYPOTHESI. »

TROISIÈME PARTIE.

Description ou tableau de l'état actuel du malade.

Lorsque l'observateur a épuisé la série de questions nécessaires pour constater aussi exactement que possible tout ce qui s'est passé avant que le malade ne fût soumis à son examen, il doit offrir l'exposition fidèle de l'état présent de la maladie. Pour y parvenir, il doit recourir aux divers modes d'exploration que la science possède, tels que nous les avons indiqués précédemment, nous réservant d'y revenir encore, en traitant des signes et du diagnostic des maladies.

L'ordre à suivre dans la description de l'état du malade n'est pas une chose entièrement indifférente ou arbitraire; la méthode est, en effet, le suprême régulateur de toutes choses.

Dans les cas où, dès la première vue du malade, et d'après la connaissance des antécédents, on sait déjà quel est le siége de la maladie et même quelle en est la nature, il est assez convenable de commencer la description par l'exposé des symptômes divers que fournit l'appareil ou l'organe affecté. Dans les cas contraires, plus rares peut-être que les précédents, quand il s'agit de graves maladies, on explore d'abord les principaux appareils, et particulièrement les deux grands appareils ou systèmes de l'innervation et de la circulation.

Au reste, quelque soit l'appareil par lequel on commence la description de l'état d'un malade,

une règle dont il ne faut en général jamais s'écarter, c'est de ne procéder à l'exploration d'un autre appareil qu'après avoir recueilli tout ce qui est relatif aux divers changements qui se sont opérés dans le premier. Supposons, par exemple, qu'on ait débuté par l'appareil respiratoire, il faudra décrire tous les symptômes fournis par la percussion, l'auscultation, le nombre et le rhythme des mouvements respiratoires, la mensuration, l'application de la main sur les parois du thorax quand le malade parle, l'inspection attentive de la forme et du volume de cette cavité, l'examen des crachats, etc. Il est bien entendu qu'on n'oubliera pas non plus d'adresser au malade toutes les questions nécessaires pour savoir s'il éprouve de la douleur dans quelque point de la poitrine, et quel est le caractère de cette douleur, s'il se couche plus facilement sur un côté que sur l'autre, etc.

Je ne pourrais entrer ici dans de plus amples détails, sans anticiper sur ce qui sera indiqué dans nos généralités sur les symptômes et le diagnostic. Je termine donc en disant que l'on ne saurait apporter trop de précision dans l'exposition des phénomènes, et comme les sources dans lesquelles on puise aujourd'hui les signes des maladies, se sont singulièrement agrandies et multipliées, il en résulte que cette exposition est bien plus longue qu'elle ne l'était dans les anciennes observations. C'est pour n'avoir pas suffisamment exploré les malades, que les anciens observateurs ont méconnu tant d'affections que nous diagnostiquons à merveille aujourd'hui. Chaque jour on arrive par l'application de nouvelles méthodes d'observation, ou par un emploi plus large des méthodes connues, à la découverte de nouveaux faits. C'est ainsi que tout récemment j'ai trouvé le fait important de la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, coïncidence dont j'ai tâché de donner la loi dans un autre ouvrage.

Lorsqu'on a bien décrit les signes locaux et généraux que présente le malade, il faut poser le *diagnostic*, prescrire un *traitement* et porter un pronostic. On procède à ces trois opérations avec toute la sagesse et la circonspection convenables.

QUATRIÈME PARTIE.

Description du cours de la maladie, ou exposition des changements qui surviennent dans l'état du malade, pendant le temps qui s'écoule depuis le jour de l'entrée jusqu'à la terminaison par la guérison ou par la mort.

Cette partie de l'observation n'est en quelque sorte qu'une répétition journalière de la précédente; c'est-à-dire que chaque jour, une fois au moins et quelquefois plus, il faut décrire exactement l'état du malade et le comparer à celui de la veille. Il faut que toutes les modifications un peu importantes qui surviennent chaque jour soient exactement notées, et que les divers moyens thérapeutiques employés soient indiqués avec la plus fidèle exactitude. On ne négligera pas en particulier, comme on l'a fait trop généralement jusqu'ici, les signes fournis par l'examen des liquides, tels que le sang, les urines, les sueurs, la salive, etc. L'examen assidu que nous en avons fait depuis quatre ans, nous a fourni des résultats aussi variés qu'intéressants, dont nous aurons soin de parler ailleurs.

Si cette partie de l'observation n'est pas recueillie avec toute l'attention nécessaire, avec le soin le plus scrupuleux, on est exposé à commettre les plus graves erreurs dans l'interprétation et l'analyse des faits. C'est ainsi, par exemple, que certains malades, à l'insu du médecin, ne prennent pas les médicaments qu'il a prescrits. Or, l'ignorance de cette circonstance si importante, fait que souvent on attribue au traitement des résultats qui en sont entièrement indépendants, et qui quelquefois même sont opposés à ceux qu'on aurait observés, si les médicaments eussent été pris. Il est donc bien nécessaire de ne conclure sur la valeur de telle ou telle méthode thérapeutique dans chaque cas particulier, qu'après s'être bien assuré que les prescriptions ont été religieusement exécutées, ce qui n'est pas toujours facile.

Tout ce que nous venons de dire des médications est applicable au régime. On sait assez combien il est fréquent, dans les hôpitaux surtout, de voir les malades transgresser les ordres du médecin, et combien de fois il arrive que cette transgression a lieu sans qu'il puisse en acquérir immédiatement la preuve, tant les malades et quelquefois aussi ceux qui les entourent sont habiles et ingénieux à tromper le médecin.

Il est bien essentiel aussi de fixer d'une manière précise l'époque de la convalescence et de la guérison. Sans cela, comment, en effet, déterminer rigoureusement la durée des maladies, question plus litigieuse aujourd'hui que jamais, depuis que de nouveaux faits ont permis de signaler tout ce qu'il y avait d'erroné dans son évaluation par des praticiens qui n'avaient pas assez réfléchi aux grandes différences que peuvent apporter dans cette durée les différentes méthodes thérapeutiques, et l'énergie plus ou moins grande avec laquelle une seule et même méthode est employée, etc.?

CINQUIÈME PARTIE.

Description des lésions anatomiques observées chez les malades qui succombent.

Cette partie fondamentale de toute histoire d'une

maladie qui s'est terminée d'une manière funeste, est, comme on sait, une conquête de la médecine moderne sur celle des Grecs et des Romains. Dans ces derniers temps surtout, cette partie de l'art d'observer s'est admirablement perfectionnée. Grâce aux heureux progrès que nous signalons, le temps n'est plus où, dans certaines maladies, celles des fièvres essentielles, par exemple, l'autopsie cadavérique ne faisait souvent découvrir aucune lésion. Ce temps n'est cependant pas très-éloigné de nous, puisque, dans son *Traité des fièvres*, publié en 1821, c'est-à-dire à une époque où les belles recherches de Rœderer et Wagler, de Prost, de MM. Petit et Serres, et surtout la révolution pyrétologique faite par M. Broussais, ne permettaient guère de soutenir l'*essentialité* des fièvres, M. Chomel proclamait, comme nous l'avons vu précédemment (page 82), que chez un certain nombre de sujets on ne rencontrait aucune lésion.

La description des altérations trouvées sur le cadavre, sera faite avec le même soin que celle des symptômes observés pendant la vie. Pour qu'elle soit complète, il faut que les organes aient été scrutés avec toute l'attention nécessaire, que les lésions mécaniques, physiques et chimiques (j'entends par cette dernière expression, les lésions de structure et de composition) soient indiquées avec toute l'exactitude que comportent nos moyens actuels d'exploration. (*Voyez* dans la 3e partie de cet *Essai*, le chapitre consacré aux caractères anatomiques des maladies.)

L'ordre dans lequel on décrira les altérations des solides et des liquides sera, s'il est possible, le même que celui qui a présidé à la description des symptômes. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit plus haut à l'égard de ce dernier point (1).

(1) Aux cinq parties dont je viens de parler, j'aurais pu en ajouter une sixième, savoir, celle qui doit contenir les réflexions que suggère chaque cas particulier, considéré, soit en lui-même, soit par rapport à d'autres cas; mais je n'aurais pu traiter ici un pareil sujet, sans violer en quelque sorte l'ordre que je me suis imposé. En effet, je me suis proposé d'étudier successivement le rôle que jouent l'esprit d'observation et l'esprit d'interprétation, d'explication ou de théorie dans la construction de l'édifice médical. Or, il ne s'agit pour le moment que de la collection des faits et non de leur interprétation, de leur explication, de leur élaboration philosophique. Et comme les réflexions que l'on peut placer à la suite d'une observation sont les produits de ce dernier genre de travail intellectuel ou rationnel, c'eût été empiéter sur ce qui va être dit dans le chapitre suivant que d'en parler ici.

Au reste, je m'empresse de dire par anticipation que les réflexions, les *commentaires* dont on accompagne les faits particuliers, constituent une des conditions les plus essentielles de toute observation complète. En effet, de même que les masses de faits, si elles n'étaient fécondées et pour ainsi dire de vivifiées par l'esprit philosophique, ne constitueraient pas un véritable corps de science, de même aussi une observation particulière ne doit pas, en général, faire partie d'une collection, dans l'état brut où elle a été recueillie et sans avoir été préalablement soumise au creuset de l'analyse rationnelle, et éclairée par la lumière d'une saine discussion.

CHAPITRE III.

DE L'ESPRIT THÉORIQUE, LOGIQUE ET SYSTÉMATIQUE APPLIQUÉ AUX FAITS DE LA MÉDECINE.

Il suffit de la moindre réflexion pour reconnaître que l'entendement humain s'applique aux faits de la médecine, conformément aux mêmes lois qu'il suit dans son application aux faits des autres sciences physiques. Oui, nous aimons à le répéter, à part les phénomènes *psycologiques*, dont nous faisons abstraction pour le moment, on procède dans l'étude des phénomènes de la médecine, absolument de la même manière que dans celle des sciences physiques proprement dites : la médecine, ainsi dégagée de son élément psycologique, n'est même réellement que la mécanique, la physique et la chimie de l'économie vivante (1).

Or, s'il est bien vrai et universellement reconnu que, dans les sciences physiques proprement dites, les faits doivent être expliqués, interprétés, *théorisés*, on se demande comment il a pu se trouver en médecine des hommes qui, doués d'ailleurs des plus éminentes qualités intellectuelles, aient professé que les explications et les *théories* devaient être bannies de la médecine. Il en est cependant ainsi, et c'est pourquoi, avant d'aller plus loin dans le sujet qui nous occupe, nous devons consacrer quelques pages à l'examen de cette étrange doctrine.

ARTICLE PREMIER.

Examen critique des opinions de quelques-uns des adversaires des théories et des systèmes en Médecine.

§ Ier.

L'un des plus illustres médecins qui, dans ces derniers temps, se soient signalés par leurs attaques contre les théories et les systèmes en général, est l'auteur de l'*Auscultation médiate*. Cependant,

(1) On pense bien qu'en considérant sous ce point de vue la science de l'homme physique, nous n'avons, en aucune façon, la prétention d'expliquer les *forces* ou *causes premières de la vie*. Nous les acceptons comme en physique on accepte les *causes premières de la gravitation, de l'affinité*, etc., et nous cherchons ensuite à connaître les phénomènes *observables* et les lois qui les régissent.

ce profond observateur, entraîné lui-même par la commune loi, n'a pu résister à ce besoin *inné* d'expliquer et de *théoriser* les phénomènes observés ; et il faut avouer qu'il n'a pas toujours été heureux dans l'exercice de cette noble faculté de l'esprit. C'est ainsi, par exemple, que pour l'explication des plus simples phénomènes physiques, tels que les divers bruits du cœur et de artères, il a imaginé les hypothèses, les théories les plus antiphysiques, et qu'il s'est perdu, comme à plaisir, dans les espaces imaginaires d'un *vitalisme* qu'on ne saurait invoquer plus mal à propos. Ce n'était point ainsi que procédaient et les Newton et les Pascal, sur la grande autorité desquels M. Laënnec crut devoir s'appuyer dans le passage suivant de la dédicace latine de son ouvrage à ses très-chers collègues, les professeurs de la faculté de médecine.

« Prima enim pars medicinæ diagnosis et anatomiæ pathologicæ peritia, quibus ablatis therapeia andabatarum pugna foret, médicusque, oculis clausis, ancipiti gladio, ENTIA RATIONIS, PHANTASIÆ scilicet fictiones persequendo, vitam sæpiùs quàm morbum lacesseret. Nullis aliis habenis retineri potest medicina intrà scientiarum physicarum cancellos, quos quidem semper transilierunt auctores, qui artem medicam hypothesi cuilibet superstruere aggressi, *calidum aut frigidum, siccum aut humidum, aliudve hujusce modi unum vel duplex*, pro causâ morborum universali ponentes, erraverunt et alios in errorem induxerunt. Ex quo, cum Swieteniis, Stolliis, Halleris, occidit Boerhavianum sidus, apparuerunt denuò antiquæ noctis phantasmata, ASTHENIA, HYPERSTHENIA, STIMULUS, IRRITATIO, aliæque CALIDI ET FRIGIDI hujusce modi propagines, quas caveant medicinæ studiosi insudavi.... »

Certainement, ce serait une grande erreur que de rapporter toutes les maladies au *froid et au chaud*, au *sec et à l'humide*, *à l'asthénie* et *à l'hypersthénie*, au *stimulus*, *à l'irritation*, etc. ; mais que conclure de là contre l'esprit de théorie, de généralisation et de classification, considéré d'une manière générale? Si ces théories sont mauvaises, c'est-à-dire en opposition avec les faits, il faut leur en substituer de meilleures ; si ces systèmes sont trop étroits, il faut les élargir; si ces généralisations sont poussées trop loin, il faut les réduire à leurs justes limites; si, comme l'a dit heureusement M. Laënnec, quelques systématiques, imitateurs de Procuste, ont mutilé la science, pour qu'elle ne dépassât pas le lit qu'ils lui avaient dressé, il faut les mettre à la raison, et venger la médecine de cette sorte d'outrage, mais non proscrire l'esprit bien entendu de systématisation, ce qui serait une mutilation plus barbare encore que celle de nos Procustes médicaux.

Au reste, M. Laënnec convient lui-même qu'il est dans la nature de l'homme de lier les faits dont l'ensemble constitue une science; mais comme s'il craignait de trop accorder à l'esprit, dans le travail qui préside à la construction de l'édifice scientifique, il avilit à tel point les opérations sublimes par lesquelles l'esprit concourt à ce grand œuvre, qu'il les désigne sous le nom d'AMUSEMENTS. Ce fut donc un pur amusement de votre esprit, ô divin Newton, que la découverte de ce grand principe, qui régit, d'après des lois que vous avez formulées, tant de phénomènes, si divers en apparence. N'est-ce pas aussi une singulière distraction de la part de M. Laënnec, que d'avoir choisi pour adversaires de toute hypothèse et de tout système, les Haller, les Boerhaave et les Stoll, qui tous ont été les inventeurs d'hypothèses et de systèmes? On connaît le système de l'irritabilité *hallérienne*, l'hypothèse de Stoll sur l'influence de la bile et des saletés gastriques dans la production et le traitement des maladies, l'hypothèse de Boerhaave sur l'obstruction des vaisseaux dans l'inflammation, etc.

Parmi les hommes qui, de nos jours, ont attaqué l'esprit d'explication, et par suite, les systèmes et les classifications, fondés sur la nature des maladies, on distingue encore Bayle et M. Chomel. Voici comment s'exprime Bayle, dans son *Traité de la phthisie pulmonaire* : « Ne prétendant donner aux autres aucune des connaissances auxquelles il n'a pu parvenir lui-même, l'auteur n'a point cherché à expliquer comment la nature agit dans la production de la phthisie. Il ignore la partie la plus importante des lois qui régissent le corps humain, soit en santé, soit en maladie ; et quoiqu'il ait lu, à cet égard, plusieurs écrits qui supposent beaucoup de talent dans leurs auteurs, il n'a jamais su pénétrer des secrets que *le tout-puissant paraît s'être réservés* (1).

» Mais on peut observer les signes des maladies, leurs symptômes, leur marche, leurs transformations, leurs effets, les causes occasionelles qui concourent à les produire, les moyens qui favorisent leur guérison, et ceux qui retardent leur issue, quand elle doit être funeste.

» C'est à cette étude qu'il a cru devoir se borner : c'est là que se sont arrêtés les médecins observateurs de tous les siècles. Pourquoi aurait-il suivi une route différente de celle qu'ont tracée Hippocrate, Arétée, Sydenham, Morgagni, etc., dont les ouvrages ne renferment que l'exposition des faits ?.... L'estime et l'admiration réfléchie de ces grands modèles, semblent avoir porté l'école de médecine de Paris à propager leur méthode avec ardeur ; et

(1) Cet argument est très-pieux et très-modeste, sans doute, mais il n'est pas heureusement placé. En effet, la production de la phthisie ne paraît pas devoir être mise au rang des secrets, déjà assez nombreux, *que le tout-puissant s'est réservés*, tout en livrant aux disputes des philosophes les choses d'ici bas ; *deus tradidit mundum disputationibus philosophorum.*

cette heureuse impulsion a déjà fait naître plusieurs écrits précieux. Cette manière d'étudier la nature, par l'examen des faits, présente des avantages incalculables. *Il suffit d'avoir des yeux et de la patience pour amasser des observations, et l'art de faire des recherches en médecine est presque réduit à une sorte de mécanisme :* il n'est point alors nécessaire d'avoir un grand talent pour composer un ouvrage utile. »

Non, jamais, quoiqu'en disent Bayle et tous ceux de son école, les Hippocrate, les Sydenham et les Morgagni n'ont enseigné l'hérésie qu'on leur prête. Sans doute, ils ont accordé à l'observation toute la valeur qui lui est due en médecine; mais ils n'ont jamais pu penser qu'il suffit d'avoir des yeux et de la patience pour être un observateur complet. Ils savaient bien que rassembler des faits, c'est recueillir les matières premières des sciences dites d'observation ; mais ils n'ignoraient pas non plus que ces matériaux réclamaient un travail particulier, une *main-d'œuvre* pour être employés à la construction de l'édifice scientifique, et assurément ce ne sont pas les *yeux* qui pouvaient exécuter ce travail.

Ce n'était pas tout-à-fait le langage de Bayle que tenait, deux ans auparavant, l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques*.

« La médecine, disait-il, ne s'enrichit que par les faits : fournir de nouveaux faits, ce serait donc fournir de nouvelles lumières... Mais lorsqu'il est difficile d'en produire qui n'aient point été relatés par quelque observateur, c'est à les rapprocher que le médecin, jaloux de s'acquitter envers l'humanité, doit s'occuper.

» Les faits seront stériles, lorsqu'ils seront entassés sans ordre, ou rapprochés sans motifs. Mais si vous les disposez d'après leur degré d'analogie ; si vous les interrogez séparément, à l'imitation de l'immortel Morgagni, si vous les forcez de se prêter une lumière mutuelle, vos yeux seront bientôt frappés d'un jour inattendu, et vous verrez s'agrandir l'horizon de la science.

» Les observateurs de l'homme seront-ils donc toujours les seuls qui ne sachent pas observer? Ne cesseront-ils point de mériter ce reproche humiliant qui retentit aujourd'hui jusque dans nos écoles : *toute théorie devient inutile dans la pratique* ? Médecins, qui vous frappez vous-mêmes avec les armes de vos adversaires, condamnez, j'y consens, les vaines hypothèses et les fantômes monstrueux de l'imagination; mais ne les confondez pas avec la véritable théorie ; que la théorie soit pour vous ce qu'elle est pour les autres sciences, *le résultat des faits réduit en principe* ; observez bien, rapprochez avec habileté, concluez avec justesse, et vous aurez une théorie qui ne vous abandonnera point au lit des malades, et que vous respecterez sans doute, puisque chacun de vous aura su l'enrichir et la perfectionner (1). »

Dans l'avertissement de la seconde édition de sa pathologie générale, publiée en 1824, M. Chomel déclare « que ceux qui voient dans la médecine une science spéculative, et dans les systèmes qui se succèdent autant de révolutions qui en renversent complètement les bases et les préceptes, seront surpris de trouver aussi peu de changements dans un ouvrage dont la première édition est antérieure à la théorie de l'irritation. Mais ceux qui restent encore convaincus que la médecine est une science de faits, et qu'elle ne reconnaît d'autres fondements que l'observation, l'expérience et le raisonnement simple et naturel ; que les *systèmes* lui sont étrangers ; ceux-là seront peu étonnés de retrouver à peu près, dans cette seconde édition, tout ce qu'ils ont trouvé dans la première (2). »

Au reste, M. Chomel ne paraît pas avoir beaucoup réfléchi à la question de la classification des maladies d'après leur nature, car dans le chapitre qu'il a consacré à l'étude de la *nature* des maladies, il a ramené cette grande question philosophique à une simple question de solidisme ou d'humorisme ; confondant ainsi le *siége* des maladies avec leur *nature*. Suivant lui, d'ailleurs, tous les systèmes, y compris celui de l'*irritation*, reposent sur de pures hypothèses (3).

(1) C'est en procédant de la sorte que M. Broussais rallia la phthisie pulmonaire à la grande classe des *phlegmasies chroniques*. Il parvint ainsi (ce que Bayle ne put faire deux ans plus tard) à pénétrer *un de ces secrets que le tout-puissant paraît s'être réservés*. Il n'expliqua pas, sans doute, le mécanisme intime suivant lequel la *nature agit dans la production de la phthisie*, mais il démontra comment, certaines conditions étant données, la tuberculisation des poumons était le résultat des phlegmasies prolongées ou chroniques des poumons, ajoutant que *cette* « manière de voir, ou, si l'on veut, cette *théorie*, ne sau- » rait être fausse, puisqu'elle est uniquement fondée sur » le rapprochement des faits les plus généralement connus » et les plus faciles à vérifier. » Cette théorie, je le sais, est pourtant encore de nos jours considérée comme fausse par M. Louis, héritier de la théorie de Bayle et de M. Laënnec. Reste à juger si ce n'est pas cette dernière qui est réellement entachée de fausseté, et cela n'est plus une question pour nous.

(2) M. Chomel dit que sa doctrine est celle de son illustre maître, Pinel ; comme si ce grand médecin n'avait pas proclamé que *la simplification des principes de la science, et l'art de pouvoir en former un ensemble* (c'est-à-dire un système) *régulier, ont été l'objet constant des vœux des vrais observateurs*.

(3) La philosophie de M. Chomel est que les *causes* varient comme les effets qui tombent sous nos sens. Telle n'était pas, il est vrai, la philosophie des Newton, des Bichat, des Laplace, qui enseignaient, au contraire, que la nature était *avare* de causes générales et *prodigue* de résultats ou d'effets.

Il ne faut pas croire cependant que M. Chomel ait été toujours fidèle aux principes exposés ci-dessus, dans le cours de sa carrière médicale. Cela était impossible, car on ne saurait long-temps se conformer à des doctrines qui sont contre la *nature même* des *choses*. M. Chomel est auteur d'une *Pathologie générale*, c'est-à-dire d'un ouvrage qui n'est au fond qu'une longue suite d'abstractions, de généralisations et d'inductions. Or, comment un auteur de ce genre pourrait-il, en conscience, proscrire de la médecine, l'esprit de théorie sous lequel on désigne ordinairement l'ensemble des opérations intellectuelles que réclame la création de toute véritable science? Sous un autre point de vue, nous ne partageons pas entièrement l'opinion de M. Chomel, quand il dit que « les difficultés inhérentes à la composition d'une pathologie générale, sont du nombre de celles qui exigent plus d'opiniâtreté dans le travail que de supériorité dans l'esprit. Nous croyons, au contraire (et en cela tout le monde, hormis M. Chomel, sera de notre avis), qu'il n'appartient réellement qu'à un esprit supérieur de vaincre toutes les difficultés inhérentes à la composition d'un traité de pathologie générale (1).

Revenant au précédent passage de M. Chomel, nous lui répondrons, que ce ne sont pas « ceux qui voient dans la médecine une science spéculative, qui ont dû être surpris de trouver aussi peu de changements dans un ouvrage dont la première édition est antérieure à la théorie de l'irritation. » Ceux qui ont dû réellement être surpris de ce peu de changements, sont, au contraire, les vrais observateurs qui restent convaincus que la médecine « est une science de faits et qu'elle ne reconnaît d'autres fondements que l'observation, l'expérience et le raisonnement; » c'est M. Chomel lui-même, qui, une page plus haut, avait écrit : « La réforme opérée avant la fin du dernier siècle, dans la doctrine médicale, rendait presque inutiles pour nous la plupart des traités publiés sur cette matière (la pathologie générale). » On le voit, M. Chomel reconnaît ici, de la manière la plus explicite, que les grandes réformes dans les doctrines médicales doivent être prises en sérieuse considération quand il s'agit de pathologie générale, puisqu'elles *rendent presque inutiles les Traités publiés* auparavant *sur cette matière*.

Si donc M. Chomel a cru devoir *faire aussi peu de changements dans sa Pathologie générale*, postérieurement à la réforme nouvelle qu'il désigne sous le nom de *Théorie de l'irritation;* s'il a conservé à peu près dans la seconde édition, tout ce qu'il avait placé dans la première, antérieure à la théorie dont il s'agit, il faut chercher la cause de cela, non dans le principe allégué par l'auteur, mais, dans des raisons qu'il n'a pas jugé à propos de nous révéler. La meilleure preuve de ce que nous avançons se trouve, au reste, dans les opinions ultérieures de M. Chomel, lequel dans un récent ouvrage s'est vu forcé de modifier son ancien système pyrétologique, conformément à l'un des dogmes principaux de la réforme nouvelle, savoir la localisation des fièvres dites essentielles, dogme qui constitue à lui seul une des plus grandes révolutions que la médecine ait subies.

En somme, les lecteurs éclairés et de bonne foi conviendront aisément que ce serait un véritable contresens scientifique que de vouloir proscrire de la médecine les théories, les explications, et nous avons vu, d'ailleurs, que ceux-là même qui ont prêché une pareille maxime, n'ont pu s'empêcher de la violer dans leurs ouvrages.

§ II.

Quant aux auteurs qui ont insisté sur la nécessité de soumettre à une saine théorie, à une génération féconde les faits de la médecine, ils ne se sont point dissimulé, comme je l'ai déjà dit, les difficultés de ce genre de travail, et ils ont signalé les erreurs dont il importe de se préserver en s'y livrant.

Bichat, par exemple, avant Laënnec et tant d'autres, avait fait sentir l'étroitesse du système *dichotomique* de Brown, ce Procuste nosologique pour parler comme l'illustre auteur de l'auscultation médiate : « Quelques auteurs, dit-il, n'ont vu dans les maladies que force ou faiblesse, et par conséquent dans les médicaments que débilitants ou fortifiants. Cette idée est vraie en partie, mais elle est fausse quand on la généralise trop..... Ce que je viens de dire s'applique encore au *strictum* et au *laxum* de plusieurs médecins qui ne voient partout que ces deux choses.... C'est le propre de tous ceux qui ont une idée générale en médecine, de vouloir ployer tous les phénomènes à cette idée. Le défaut de trop généraliser a peut-être plus nui à la science que celui de ne voir chaque phénomène qu'isolément. » (*Anat. génér.*, pag. 22 et suiv., dern. édit.)

Un peu plus loin, revenant sur ce sujet, Bichat dit : « pour peu que vous examiniez les maladies sous plusieurs jours différents, vous verrez que ce qui est vrai pour une classe peut ne point l'être pour une autre ; je crois que nous avons deux écueils également à craindre : celui de trop particulariser, et celui de trop généraliser. Le second mène autant que le premier à de faux résultats. »

(1) Un auteur doué d'un esprit philosophique des plus distingués, M. le docteur Dubois (d'Amiens), a parlé comme nous-même de ce passage de M. Chomel : « J'aime » M. Chomel, dit-il, j'estime ses travaux, mais je ne puis » partager son opinion : *amicus plato, sed magis amica* » *veritas.* » (*Traité de pathologie générale*, pag. 15).

Le double inconvénient de trop généraliser ou de trop particulariser a été également très-bien indiqué dans le passage suivant de *l'Histoire des phlegmasies chroniques :*

« Lorsqu'on a long-temps observé, il s'agit de procéder aux conclusions ; mais il faut le faire avec une extrême sagesse : c'est ici que se montre la mesure du génie. Celui qui ne généralise pas assez, nous fait penser qu'une partie de ce qu'il a observé est perdu pour lui; celui qui tombe dans l'excès opposé et qui prononce en dernier ressort, montre sa présomption et son orgueil; l'un et l'autre témoignent qu'ils ont des vues rétrécies : ils ne rendront jamais de grands services à l'art.

» Celui qui n'a jamais envisagé toutes les formes des maladies, ne peut en conserver que des images imparfaites, et tout-à-fait dissemblables aux modèles. Par conséquent, chaque fois qu'il faudra faire un rapprochement il tirera de fausses conséquences ; alors, plusieurs écueils également dangereux l'exposeront au plus triste des naufrages : s'il est fanatique de ses opinions ou de celles d'autrui, il forcera tous les faits de se plier à sa fausse théorie, et marchera d'erreur en erreur jusqu'à l'extrémité de sa carrière : s'il est naturellement inconstant, qu s'il conserve encore assez de liberté dans le jugement pour apercevoir les nombreuses contradictions que les faits mal observés ne manquent jamais de présenter, il abandonnera toute espèce de doctrine, il se livrera à l'empirisme le plus aveugle, ou tombera dans un septicisme déplorable. »

Un des hommes qui, par son caractère et ses lumières honore le plus notre époque médicale, M. le professeur Lallemand, est un de ceux qui ont su le mieux apprécier l'application de l'esprit philosophique à la médecine (1). M. Andral, dont on connaît la haute circonspection en matière de théories et de systèmes, s'est bien gardé cependant d'en nier la nécessité ; il veut seulement, et avec raison, que les systèmes soient progressifs et qu'ils se plient aux modifications rendues nécessaires par la découverte de nouveaux faits.

Après avoir dit, par exemple, que les progrès de la science l'avaient forcé d'interpréter et de classer autrement les faits qui, dans la première édition de la clinique médicale, avaient été décrits sous le nom de *fièvres*, il poursuit ainsi :

« Aussi, est-ce beaucoup moins sur mes opinions changeantes et progressives comme la science, que sur les faits eux-mêmes, que j'appelle l'attention des praticiens. Le plus souvent on ne trouve dans l'étude de la médecine qu'une série de questions à discuter, ou de problèmes à résoudre ; parmi les faits dont se compose son domaine, il en est beaucoup qui échappent à toutes les lois auxquelles on s'efforce de les ramener, parce qu'il n'a été encore donné à aucun système d'embrasser tous les faits. Aussi, éclectique par nécessité, comme l'est tout médecin près du lit des malades, je me suis efforcé de ne tenir compte des divers systèmes que pour les discuter en présence de chaque fait considéré dans son individualité ; j'ai cherché ainsi à assigner à chaque fait sa valeur scientifique et pratique (1)..... Servons-nous de ces systèmes comme d'admirables méthodes sans lesquelles il nous serait impossible de rassembler les faits, de saisir leurs rapports, de découvrir les lois de leur production ; mais gardons-nous d'oublier que les faits eux-mêmes font toute la richesse de la science, et qu'à eux seuls appartient de déterminer la valeur et la durée des systèmes. » (*Cliniq. méd.*, 2e édit., *avant-propos*, page vj.)

On peut ne pas adopter servilement les diverses réflexions du savant professeur que nous venons de citer, et différer aussi de lui dans l'application des principes généraux de la philosophie médicale aux questions spéciales de la médecine, mais il est juste de convenir qu'il a fait une part assez large à l'esprit de généralisation, de théorie et d'explication dans le passage précédent et dans plusieurs autres. Citons encore le passage suivant, pris dans un autre ouvrage du même auteur ; on y verra clairement que l'œuvre de raisonner et de systématiser les faits lui paraît une *nécessité* généralement reconnue, mais qu'il ne pense pas que le moment actuel soit favorable à l'accomplissement de ce grand œuvre.

« On reconnaît aujourd'hui la nécessité d'ouvrages qui, rassemblant les faits épars, les comparant entre eux, résumeraient le passé et prépareraient l'avenir. Cependant, il ne me semble pas que ce soit au milieu d'une époque où les esprits loin de revenir sur les recherches passées, et même de s'arrêter sur les recherches du moment, se tourmentent en recherches nouvelles, qu'il convienne encore de publier de pareils ouvrages : il leur faudrait peu de temps pour vieillir, et ils n'auraient jamais représenté l'état de la science que d'une manière incomplète et infidèle. » (*Précis d'ana-*

(1) Dans la préface de ses *Recherches sur les maladies de l'encéphale*, il s'exprime ainsi : « Mais on n'a rien fait « quand on a rassemblé beaucoup de faits bien observés et « importants ; il faut encore les rapprocher d'une manière « naturelle, afin que les conséquences qui en découlent se « présentent d'elles-mêmes. »

(1) Plus j'y ai réfléchi, et plus je l'avoue il m'a été impossible de trouver un sens précis au mot *éclectisme*, en tant que considéré comme un des éléments de la méthode expérimentale et rationnelle. Qui parle d'*éclectisme* dans les autres sciences naturelles? Ainsi donc, comme je l'ai dit dans l'article *éclectisme* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ce mot pourrait être retranché avec avantage de la langue médicale.

tomie pathologique, *avant-propos*, page vij.)

Et qu'on ne vienne pas nous dire maintenant, avec une arrogance vraiment bien singulière, que les médecins de cabinet sont les seuls qui aient songé à systématiser les faits de la médecine, à les formuler en propositions générales, en *aphorismes*. Hippocrate, Boerhaave, Stoll, Pinel n'étaient-ils donc pas des observateurs, et ne peut-on enfin mériter ce titre qu'à la condition d'être dépourvu des plus hauts attributs, des plus nobles facultés de l'entendement ? Corvisart n'était-il lui-même qu'un médecin de cabinet ? Hé bien ! ce grand observateur est un de ceux qui ont le plus vivement senti le besoin d'un ordre *systématique* dans l'enseignement de la *médecine-pratique*.

« Appelé à faire des leçons de médecine-pratique, je sentis alors, dit Corvisart, la nécessité d'un ouvrage méthodique et classique, pour donner à l'enseignement un *ordre* et une marche qui le rendissent profitable.... Que les objets soient bien liés entre eux, et présentés dans la succession que la nature ou un ordre *systématique* bien entendu peut leur donner, on est sûr d'instruire.

» L'immortel Boerhaave est le premier qui ait composé au commencement de ce siècle (XVIIIe) un ouvrage dans cet esprit et pour cette fin. La célébrité sans seconde de l'école de Leyde, et les savants qu'elle a fournis presque seule, à cette époque, dans toute l'Europe médicale, en attestent assez le mérite et l'importance, malgré ses erreurs qui sont celles d'un grand génie, en dépit de ses détracteurs, et nonobstant les progrès ultérieurs des sciences.

» Stoll enseigna comme Boerhaave, et se servit de ses aphorismes ; mais la médecine avait fait des progrès depuis l'époque où Boerhaave les avait écrits.... Stoll sentit les défauts d'un aussi grand modèle, sut les éviter et entreprit de les corriger. Réformer Boerhaave dans un ouvrage aphoristique, était d'une conception hardie, et d'une exécution difficile, d'autant que le professeur de Leyde avouait lui-même que cet ouvrage lui avait coûté à faire : et certes, on ne lui reprochera pas d'avoir manqué de facilité. (Corvisart, *traduction de Stoll.*) »

On ne saurait trop regretter que Corvisart n'ait pas fait pour les aphorismes de Stoll, ce que celui-ci avait fait pour ceux de Boerhaave. La médecine s'était, en effet, enrichie de nouvelles découvertes depuis Stoll, et Corvisart était un des plus illustres promoteurs du nouveau progrès. Mais le moment de refaire en quelque sorte la médecine de Boerhaave et de Stoll, ne lui semblait pas encore arrivé. « Le temps est loin encore, disait-il, où l'édifice médical, élevé sur les observations de plus de vingt siècles, doit céder aux efforts des flots qui viennent se briser contre lui. » L'époque d'une grande révolution médicale n'était cependant pas aussi éloignée que le pensait Corvisart.

En voilà bien assez, ce me semble, pour la *défense* et la *justification* de l'esprit de théorie et de systématisation.

Mais de ce que l'on ne saurait, sans être taxé de la plus étrange barbarie scientifique, retrancher cet esprit, cette faculté du nombre des facultés nécessaires à la construction de la science que nous cultivons, s'ensuit-il qu'il faille approuver tous les systèmes qui ont paru depuis son origine ? Assurément, non. Il y a eu de très-mauvais systématiques comme de très-mauvais observateurs, nous en convenons, et nous ne prenons ici que le parti des bons classificateurs. Quant à ces derniers eux-mêmes, il est évident que leur règne ne saurait être de très-longue durée. En effet, dans une science aussi éminemment progressive et mobile que la médecine, tel système bon à une époque, ne l'est plus à une autre époque ; et, comme Corvisart l'a remarqué très-bien, dans sa préface de la traduction des aphorismes de Stoll, ce sont les changements de systèmes qui font les grands hommes, et ce sont ceux-ci qui « déterminent invariablement les époques des révolutions médicales. »

Cette vérité a reçu de nos jours une éclatante confirmation. En effet, la chute du système de la *Nosographie philosophique* n'est-elle pas l'un des événements les plus culminants de notre ère médicale, et n'est-ce pas avoir fait une révolution dont le souvenir ne s'effacera pas que d'avoir ainsi renversé un système qui avait gouverné le monde médical ?

ARTICLE II.

Quelques détails sur les opérations de l'esprit philosophique en médecine.

C'est peu que de savoir, d'une manière générale, que l'*esprit de théorie* doit élaborer les faits de la médecine comme ceux de toutes les autres sciences d'observation. Il nous reste maintenant à développer un peu cette idée complexe, c'est-à-dire à étudier les éléments dont-elle se compose. Ce n'est là, je l'avouerai, qu'une application de la logique générale à la médecine, mais si l'on réfléchit, d'une part, que la logique générale est une science qui laisse beaucoup à désirer (1) et que l'application

(1) Si la logique et la philosophie générales étaient des sciences plus avancées, leur langue aurait plus de justesse et de précision. Chaque jour, les mêmes mots de leur vocabulaire sont employés dans des sens différents. A chaque instant, on voit la même idée attachée à des expressions diverses : c'est ainsi, par exemple, qu'on dit indifféremment *théorie*, *système*, *doctrine*, *hypothèse*, etc., et de cette confusion dans les mots résulte inévitablement une

dont il s'agit ici n'a point encore été faite, d'une manière méthodique et complète, on sera bientôt convaincu des nombreuses et graves difficultés dont notre sujet est environné. A ce sujet se rapportent, en effet, toutes les questions qu'on peut agiter, non-seulement sur les choses mêmes de la médecine, mais encore sur les expressions par lesquelles on doit les représenter ou sur la nomenclature médicale.

Décomposer les faits et les phénomènes compliqués, les réduire à leurs éléments constituants ou générateurs (analyse); combiner les faits et les phénomènes simples, en former tous les faits composés (synthèse); chercher et constater les rapports de causalité qui lient certains faits, certains phénomènes à d'autres; discuter les observations et les expériences particulières, les généraliser ou les formuler en propositions générales; déterminer les lois qui régissent les cas individuels, les coordonner, les enchaîner méthodiquement les uns aux autres ou les systématiser, voilà comment l'esprit et pour ainsi dire les *sens intellectuels* et *rationnels* achèvent l'œuvre des *sens de l'observation*, et transforment en un édifice régulier les matériaux épars que ceux-ci avaient rassemblés.

Pour répandre plus de clarté dans le sujet que nous venons d'aborder, essayons de faire une application de ces données abstraites et générales aux cas particuliers d'abord et aux collections de ces cas ensuite, et convenons de désigner sous le non de *discussion* l'ensemble des actes intellectuels dont chaque fait particulier est l'objet.

§ Ier. *Discussion de chaque fait en particulier.*

Ainsi que nous l'avons dit, en parlant de l'art de recueillir les observations, un fait particulier ne peut réellement servir à la construction de l'édifice médical qu'autant qu'il a été examiné sous tous ses points de vue, et *pesé* pour ainsi dire dans la balance de la *réflexion*. De là, comme nous l'avons déjà remarqué, ces *réflexions* que les observateurs placent à la suite des cas particuliers qu'ils ont recueillis.

Certes, on se tromperait grossièrement, si l'on croyait que dans le travail nécessaire à la collection et à la réduction d'un cas particulier, l'esprit d'observation joue un rôle exclusif. Non, il n'en est pas ainsi : l'esprit philosophique intervient pour beaucoup dans ce travail. Il serait impossible de porter un diagnostic, un pronostic quelconque, de prescrire le moindre traitement, si l'on ne faisait usage des facultés désignées sous le nom collectif d'*esprit*, d'entendement ou d'intelligence, Qu'est-ce, en effet, que le diagnostic et le pronostic, sinon un jugement? Qu'est-ce que l'opération qui nous dirige dans l'application rationnelle ou expérimentale d'une méthode thérapeutique quelconque, sinon une opération intellectuelle, c'est-à-dire une *induction* fondée sur des *raisons* et des expériences directes ou indirectes? Comment, enfin, saisir un rapport de cause à effet entre une maladie et certains agents extérieurs ou intérieurs, physiques ou moraux, si l'esprit de causalité n'entre pas en fonction? Toutes ces opérations sont tellement naturelles, que nous n'y faisons point attention : elles s'exécutent pour ainsi dire machinalement comme celles des sens, et il n'est pas plus possible à l'esprit, au sens intellectuel, de ne pas *voir* certains rapports, qu'il n'est possible à l'œil de ne pas voir la forme, les couleurs, etc., des objets qu'il examine.

Lorsqu'une histoire particulière de maladie a été recueillie avec exactitude, et d'une manière complète, l'esprit de l'observateur cherche à déterminer quelles sont les influences qui ont causé la maladie; comment ces causes ont agi pour la production de celle-ci; quels sont les rapports entre la lésion des conditions ou des actions organiques, et les symptômes qui se sont manifestés; quels sont les effets, les résultats des divers moyens employés pour la guérison de la maladie. S'il a connaissance de faits semblables à ceux qu'il a recueillis, il l'ajoute à leur catégorie; si ce cas n'a pas, au contraire, d'analogues, il lui consacre une place à part. Nous reviendrons sur cette opération dans le paragraphe suivant.

Si le cas est complexe, composé, l'esprit d'analyse s'en empare, le disséque pour ainsi dire, le décompose, le réduit à ses éléments primitifs ou constitutifs. Il peut énsuite vérifier l'analyse par la synthèse, et recomposer, en quelque sorte, le cas observé, en faisant réagir ou concourir les différents éléments qu'il y a découverts.

Les opérations que nous venons d'indiquer donnent des résultats divers, selon les époques de la science à laquelle on les pratique. Ainsi, par exemple, à l'époque où la physique et la chimie étaient presque entièrement inconnues, dans une foule de cas, on ne trouvait aucun rapport entre la maladie et les influences des agents extérieurs, ou, si l'on en trouvait, l'expression de ce rapport manquait de précision. De là, la philosophie des causes *occultes*, du *quid divinum*, etc. Aujourd'hui même, malgré les immenses progrès des sciences physiques, il est des maladies qui, comme le choléra-morbus, la variole, etc., par exemple, reconnaissent des causes qui se dérobent entièrement à notre exploration.

A l'époque où l'anatomie et la physiologie étaient ignorées, comment expliquer le mécanisme des agents morbides (en supposant ceux-ci connus) dans

confusion dans les choses : aussi la plupart des disputes de haute philosophie et de logique générale dégénèrent-elles, trop souvent, en déplorables querelles de mots, en *logomachie*.

la production des maladies? Aujourd'hui même, dans un très-grand nombre de maladies, bien que nos connaissances anatomiques et physiologiques soient fort étendues, il nous est impossible encore de saisir un pareil mécanisme. Par cela même que la nature de la maladie nous échappe, il ne nous est pas permis de bien déterminer les rapports qui existent entre elle et tous les phénomènes par lesquels elle se traduit au dehors. La connaissance d'une maladie quelconque n'est pourtant complète qu'autant que ce rapport peut être déterminé.

On sait que, pendant plusieurs siècles, l'ignorance où l'on était de l'anatomie et de la physiologie, ne permit pas de préciser, je ne dis pas la nature, mais aussi le siége d'une foule de maladies ; et de là ces idées d'essentialité, dont il a fallu tant de temps et tant d'efforts pour faire une justice définitive. Aujourd'hui, nous pouvons, du moins dans la grande majorité des cas, déterminer le siége des maladies, d'après l'ensemble des symptômes que nous observons. Or, saisir ainsi un rapport constant et précis entre un certain nombre de symptômes, et la lésion d'une partie déterminée du corps, constitue un acte d'entendement, sans lequel tout diagnostic serait impossible. Au reste, le diagnostic n'est complet que dans les cas où, non-seulement le siége, mais encore la nature ou l'espèce de la lésion nous sont révélés à la fois par les symptômes.

Ce que nous venons de dire est une espèce de *formule* générale qui s'applique à l'examen de chaque fait, ou de chaque observation en particulier. C'est ainsi qu'on *pèse* toutes les histoires particulières des maladies, et qu'on distingue les mauvaises des bonnes. Morgagni avait senti toute l'importance de cette appréciation, quand il disait : *Perpendendæ sunt observationes*, tâche difficile à bien accomplir, quand il s'agit des observations qu'on a recueillies soi-même, et surtout de celles recueillies par d'autres. « Que de conditions ne faut-il pas remplir, pour peser exactement les observations des autres ! A combien d'interprétations ne peuvent-elles pas se prêter ! A combien de divagations ne s'expose-t-on pas dans un commentaire ! (Lallemand, *Lettres sur les maladies de l'encéphale.*) »

Pour que les produits de la discussion des faits particuliers soient valables, et pour ainsi dire de *bon aloi*, il est nécessaire qu'elle ne s'exerce que sur des faits bien observés. En effet, pour continuer la métaphore du chancelier Bacon, de même que l'abeille ne saurait extraire un miel exquis de fleurs de mauvaise qualité, de même l'intelligence humaine ne saurait extraire de bons principes, de saines conclusions de faits mal observés, et pour ainsi dire de mauvaise qualité. Et réciproquement, les faits observés avec le plus d'exactitude ne sauraient fournir des conclusions satisfaisantes, de saines doctrines, cette sorte de miel scientifique, si l'intelligence qui les travaille et les *digère* était elle-même mal conditionnée, de mauvaise qualité ; en un mot. Et comme l'art d'observer en médecine est extrêmement difficile, nous posons en *règle générale*, qu'il ne faut jamais accepter, sans réserve aucune, les propositions générales, les *aphorismes* déduits d'un seul fait. Cette réflexion nous conduit naturellement à la philosophie qui doit être appliquée à l'examen des masses ou collections de faits médicaux, et à l'emploi du calcul dans les faits de la médecine en général.

§ II. *Des opérations de l'esprit philosophique sur la collection générale des faits médicaux.*

Il suffit de considérer un instant l'immense collection des faits médicaux, de les rapprocher et de les comparer, pour apercevoir entre eux des ressemblances et des dissemblances, des analogies et des différences. Cela constaté, l'esprit de généralisation se met à l'œuvre, et en déduit ces *types* généraux ou abstraits, qui sont du domaine de la pathologie générale proprement dite. Comme tous ces faits, quelque différents qu'ils soient d'ailleurs entre eux, ont cependant quelque communauté, c'est de cette relation commune que se forme la notion *générale*, *abstraite*, de *maladie*. De cette notion de la maladie, la plus haute abstraction de toutes celles de la médecine, l'esprit de généralisation ou de *synthèse* descendant à des abstractions secondaires, crée des notions de tous les genres de maladies jusque là connues. Il considère la maladie et ses divers genres, sous le multiple rapport de leurs causes, de leurs caractères anatomiques, de leurs symptômes, etc. Passant ensuite à la considération des différences, l'esprit d'*analyse* spécialise, particularise, individualise, et descend ainsi graduellement jusqu'à la notion et à la monographie des espèces morbides, qui sont essentiellement du ressort de la pathologie spéciale, et jusqu'aux cas particuliers ou individuels sur lesquels roulent la *clinique* ou la *pratique* proprement dite.

L'œuvre de la généralisation est d'autant plus difficile que les faits sur lesquels il s'exerce sont plus nombreux, plus complexes, plus obscurs, plus délicats, et les faits médicaux sont malheureusement pour la plupart de cette nature.

Pour réduire à des principes généraux ou *générateurs* les innombrables faits dont se compose la médecine, il faut tant de comparaisons, tant de rapprochements, tant de confrontations en tout genre, que l'esprit le plus courageux peut en être effrayé, et qu'il ne faut pas s'étonner si parmi les auteurs qui se sont appliqués et pour ainsi dire dévoués à cette tâche éminemment laborieuse, la plupart n'ont pu se préserver de graves erreurs. Combien d'entre eux se sont brisés contre le double écueil dont une

telle opération est environnée, savoir 1° celui de trop *généraliser* et 2° celui de trop *particulariser!*

L'acte de la *systématisation* ou de la *classification* des maladies, doit avoir pour base la *nature* même des maladies, telle que nous pouvons la connaître dans l'état actuel de la science. Désespérant de pouvoir élever un pareil système nosologique, quelques auteurs ont essayé de réduire la médecine à une science purement descriptive, et ont pris plaisir à blâmer les généreux efforts de ces génies hardis et privilégiés qui ont osé sonder la nature intime des diverses maladies.

La généralisation, encore une fois, doit être renfermée dans de justes limites; en nosologie moins qu'ailleurs, elle ne doit pas être poussée jusqu'à son dernier terme, c'est-à-dire l'unité (1). C'est une chose surprenante que de l'un des ouvrages attribués au père de la médecine, on trouve le premier exemple de cette généralisation exagérée. Hippocrate a dit, en effet, dans l'ouvrage dont il s'agit: « Omnium morborum modus unus, locus defferentiam facit. » Non certes, toutes les maladies ne consistent pas en un seul et même mode. Seulement il est incontestable qu'il y en a un très-grand nombre qui ne diffèrent point par leur *nature* ou leur *essence*, mais bien par leur siége. C'est ainsi, par exemple, que l'angine, la pneumonie, le phlegmon, etc., etc., sont au fond, c'est-à-dire en égard à leur nature, une seule et même maladie, savoir une inflammation qui occupe le poumon dans un cas, la gorge dans un autre, le tissu cellulaire dans un troisième, etc.

Sans doute, toutes les maladies ne peuvent pas être rangées dans la double classe des irritations et des ab-irritations, pas plus que dans le système *dichotomique* de Brown (sthénie et asthénie). Mais celui-là n'en a pas moins rendu un service immense à la médecine, qui est parvenu à démontrer que de nombreuses maladies qui, jusque-là, avaient formé des classes à part, sous le nom de *fièvres essentielles* et de *lésions organiques*, devaient rentrer, du moins en très-grande partie, dans la vaste classe des phlegmasies.

Je dis que dans la longue série des maladies, on en trouve qui ne consistent pas en irritation ou en ab-irritation, en sthénie ou en asthénie. Veut-on des exemples? En voici: les lésions purement mécaniques, telles que les solutions de continuité (hernies, luxations); les solutions de contiguité (plaies, fractures, ruptures); les simples lésions de quantité, d'étendue, de volume, etc. (hypertrophie, dilatation atrophie, coarctation, oblitération, etc.), la gangrène, voilà des modes morbides très-connus qui ne sauraient être confondus avec le mode inflammatoire, bien que dans certains cas, quelques-unes des lésions dont il s'agit aient été précédées de ce dernier mode morbide. Une foule de lésions des liquides et du sang en particulier ne rentrent pas non plus dans le mode inflammatoire ou ab-inflammatoire: telles sont la chlorose, le scorbut, la *dissolution* septique du sang, etc. (1). Sans doute, ces états peuvent aussi quelquefois coïncider avec un état inflammatoire, ou même en être la conséquence (2); mais considérés en eux-mêmes, ils constituent des modes morbides spéciaux dont l'étude mérite une sérieuse attention.

Au résumé, la faculté de généralisation est la plus haute et la plus noble de toutes celles qui concourent à la construction de l'édifice scientifique. C'est par elle qu'on réduit les innombrables faits de la nature à certaines catégories, en découvrant les rapports les plus généraux qui les unissent. Ces rapports sont quelquefois très-simples. Suivant Laplace, « les rapports les plus simples sont même les plus communs, et tous les effets de la nature ne sont que les résultats mathématiques d'un petit nombre de lois immuables, »

Telle était aussi la pensée de Bichat, lorsqu'il s'écriait, dans son beau *Traité d'Anatomie Générale:* Rendons grâce à Newton! il a trouvé, le premier, le secret du créateur, savoir, la simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets (3). Rendons aussi grâce à Bichat, et à tous ceux qui,

(1) Je rappellerai à ce sujet, ce que je disais dans un mémoire sur les fonctions du cerveau lu à l'Institut, en 1827: C'est en vain que, dans la plupart des sciences, nous cherchons l'identité, l'unité, comme on chercha jadis la pierre philosophale. Loin de nous la moindre pensée de condamner les recherches de ces hommes privilégiés qui systématisent les faits d'après leurs affinités réelles, comme les naturalistes classent les corps d'après leurs caractères communs. C'est là l'œuvre du vrai génie. Ce qui nous semble devoir être blâmé, ce sont les systèmes qui ne reposent que sur de fausses analogies, de faux rapports, de fausses identités, etc.

(1) Je prie le lecteur de ne pas oublier que toutes ces réflexions s'accordent parfaitement avec plusieurs passages de M. Broussais que j'ai rapportés précédemment.

(2) C'est ainsi, par exemple, qu'à la suite d'une phlegmasie gangréneuse, purulente, putride, *maligne* comme on disait autrefois, on voit survenir un appareil typhoïde qui se lie, du moins en partie, à la dissolution septique de la masse sanguine. Cet élément typhoïde, constant dans une certaine forme de l'entérite de l'intestin grêle, a été la cause de disputes qui durent encore.

(3) Un auteur, dont les recherches sur les *fièvres dites essentielles* laisseront un long et très-honorable souvenir, Prost a dit aussi: « On a commis une erreur bien grave et « bien funeste, quand on a dit que la nature est changeante, « tandis que la simplicité et la constance de la nature dé- « passent notre entendement; ce sont les résultats qui va- « rient. Si les principes sont constants (et cela n'est dou- « teux que pour les ignorants), cherchons donc à connaî- « tre les principes, usons notre patience à les découvrir, « mais ne les imaginons pas. C'est aux faits, à l'universa-

comme lui, ont trouvé de nouveaux rapports généraux, c'est-à-dire des lois ou des principes (1).

ARTICLE III.

Quelques considérations sur l'application du calcul aux faits de la Médecine en général.

Nous avons déjà vu, en traitant des méthodes et des moyens d'observation, que le sens du calcul nous fournissait un bon nombre de données précieuses : il s'agit maintenant de bien déterminer comment on peut tirer parti du calcul ou de la méthode arithmétique en l'appliquant aux faits médicaux considérés sous de nouveaux rapports.

Il n'est aucune des parties dont se compose la médecine, dans laquelle il ne se rencontre des questions de quantité, de plus et de moins, et qui par conséquent, en une foule d'occasions, ne puisse être éclairée par le calcul. Comment, par exemple, résoudre les problèmes relatifs à la durée des maladies, à la mortalité, sans avoir recours à la méthode arithmétique ou numérique ? Comment, sans l'application de la même méthode, décider les questions relatives à la fréquence de telle ou telle maladie, selon les saisons, les climats, les âges, le sexe, le tempérament, etc., etc. ? Comment, sans le calcul, déterminer quelle est, entre deux ou plusieurs méthodes thérapeutiques rivales, celle qui guérit le plus grand nombre de malades, etc., etc. ? C'est pour avoir trop négligé l'emploi rigoureux de la méthode lumineuse qui nous occupe, que nos prédécesseurs ont laissé tant de vague et d'incertitude sur les questions les plus importantes de la statistique médicale. Ce n'est pas qu'on ne trouve dans leurs écrits des traces d'application de la méthode du calcul ; mais au lieu de résultats numériques précis et concrets, au lieu de chiffres en un mot, on y trouve les mots rarement, fréquemment, quelquefois, souvent, dans un certain nombre de cas, plus ou moins, etc., etc. Il est temps d'apporter plus d'exactitude et de sévérité dans la matière dont il s'agit. La fameuse sentence de Morgagni « non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes, » doit donc être remplacée par celle-ci : « non solum numerandæ, sed etiam perpendendæ sunt observationes. »

La *Statistique médicale* n'est malheureusement encore qu'à son berceau, et l'avenir lui réserve de grands développements. Toutefois, elle a déjà été appliquée avec quelque succès à l'examen de diverses questions médicales d'un haut intérêt, et si un plus grand nombre de bons observateurs avaient le temps, la patience et le zèle nécessaires à ce mode de recherches, on verrait bientôt se dissiper comme de vains fantômes une foule d'assertions, dont quelques-unes exercent un si funeste empire sur la pratique elle-même et partant sur la vie des hommes.

La plupart des problèmes sur lesquels s'exerce la statistique médicale sont tellement compliqués, qu'on ne saurait mettre trop de soin dans la détermination des conditions dont ils se composent, ni trop prendre garde à ne commettre aucune erreur dans les conclusions qu'on tire d'un nombre donné de faits recueillis sur un objet également donné de la clinique médicale.

Comme les résultats numériques ne peuvent être exactement les mêmes dans deux séries de faits soumis au calcul, qu'autant que toutes les circonstances de ces faits restent aussi exactement les mêmes, et comme les faits de la médecine offrent bien rarement cette parfaite indentité de circonstances, on voit aisément que le calcul *approximatif* ou des probabilités est presque toujours le seul dont nous puissions faire usage, quand il s'agit de *généraliser* un résultat. Mais les avantages de cette espèce de calcul sont tels, qu'on ne saurait trop s'appliquer à en répandre l'usage.

La question des probabilités, en médecine, se rattache à la théorie des probabilités en général, sur laquelle, après Pascal et Fermat, s'est exercé le puissant génie de Laplace. On ne dira pas, sans doute, que les faits de la médecine ne sont pas même susceptibles du calcul des probabilités, si l'on réfléchit que Laplace et d'autres l'ont appliqué aux faits de la morale et de la politique elles-mêmes, bien plus compliqués et plus obscurs encore que la majorité des faits de la médecine (1). Au reste, pour convaincre ceux qui nient le mouvement, il

« lité des faits, c'est aux plus petites choses qu'il faut de-
« mander ces principes ; ils sont là, ils ne sont que là, ils
« y sont bien ; nos yeux seuls n'y sont pas, ne veulent pas
« y être. »

(1) Je me sers ici du mot *principes*, dans l'acception qui lui a été donnée par quelques philosophes : « Je désigne « par la dénomination de principes, dit Laplace, les rap- « ports généraux des phénomènes. »

(1) Dans son *Essai philosophique sur les probabilités*, après avoir posé en principe que les questions les plus importantes de la vie ne sont, pour la plupart, que des problèmes de probabilité, Laplace continue ainsi : « On peut « même dire, à parler en rigueur, que presque toutes nos « connaissances ne sont que probables ; et dans le petit « nombre des choses que nous pouvons savoir avec certi- « tude, dans les sciences mathématiques elles-mêmes, les « principaux moyens de parvenir à la vérité, l'induction « et l'analogie se fondent sur des probabilités, en sorte que « le système entier des connaissances humaines, se ratta- « che à la théorie exposée dans cet Essai..... » « Appli- « quons aux *sciences politiques et morales*, la méthode « fondée sur l'observation et sur le calcul, méthode qui « nous a si bien servi dans les sciences naturelles. »

faut marcher, et pour convaincre ceux qui nient la possibilité d'appliquer avec succès le calcul des probabilités ou des approximations à un certain nombre des questions de la médecine, il faut réussir dans cette application. La chose est difficile sans doute, en effet : « Les phénomènes de la nature sont, le plus souvent, enveloppés de tant de circonstances étrangères, un si grand nombre de causes perturbatrices y mêlent leur influence, qu'il est très-difficile de les reconnaître. On ne peut y parvenir, qu'en multipliant les observations ou les expériences, afin que les effets étrangers, venant à se détruire réciproquement, les résultats moyens mettent en évidence ces phénomènes et leurs éléments divers. Plus les observations sont nombreuses, et moins elles s'écartent entre elles, plus leurs résultats approchent de la vérité. On remplit cette dernière condition, par le choix des méthodes d'observation, par la précision des instruments, et par le soin que l'on met à bien observer : ensuite, on détermine par la théorie des probabilités, les résultats moyens les plus avantageux, ou ceux qui donnent le moins de prise à l'erreur. Il est de plus nécessaire d'apprécier la probabilité que les erreurs de ces résultats sont comprises dans des limites données.... Des formules propres à ces objets, sont donc un vrai perfectionnement de la méthode des sciences, et qu'il est bien important d'ajouter à cette méthode. L'analyse qu'elles exigent est la plus délicate et la plus difficile de la théorie des probabilités. » (Laplace, *Essai philos. sur les probabilités.*)

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les *principes généraux*, ni les méthodes analytiques du calcul des probabilités (1). Nous devons nous borner à considérer les *particularités* de son application aux faits et aux événements du ressort de la médecine. Or, jusqu'ici, aucun auteur que je sache ne s'est spécialement occupé de ce sujet délicat et si digne de fixer l'attention. Je ne possède pas pour mon propre compte tous les éléments nécessaires à la solution des nombreux problèmes qui s'y rattachent. Il me suffira de montrer, dans le cours de cet ouvrage, quels sont les principaux cas dans lesquels on peut avoir besoin des lumières fournies par le calcul des probabilités.

Qu'on n'aille pas conclure de ce qui précède, que la médecine, telle qu'elle est de nos jours, ne consiste qu'en un tissu de conjectures et de probabilités. La somme de nos certitudes en matière d'étiologie, d'anatomie pathologique, de diagnostic, de thérapeutique, est énorme. Que dis-je? La médecine ne serait point une science, mais une sorte de jeu de hasard, si elle ne roulait tout entière que sur des probabilités. Mais, encore une fois, il est pourtant en médecine des choses qui ne sont que probables, des événements qui ne sont pas *constants* et il importe beaucoup de penser et de calculer leur probabilité aussi exactement que le comporte l'état actuel de la science (1).

Les réflexions précédentes suffisent pour faire entrevoir les services que l'application du calcul peut rendre à la médecine. Il est cependant encore aujourd'hui quelques hommes dont le nom fait, jusqu'à un certain point, autorité, qui ne partagent pas cette opinion. C'est particulièrement dans les problèmes de thérapeutique que l'application de la méthode arithmétique ne leur paraît *rien prouver*, comme ils le disent. Attachons-nous donc bien à faire ressortir ici les avantages de cette méthode dans ce cas particulier de son application (2).

Certainement, ce n'est pas la méthode numérique seule qui peut éclairer les questions de thérapeutique. On sait très-bien que dans cette partie de la science, plus encore que dans toute autre, l'observation, l'expérience et un raisonnement exact sont les oracles qu'il faut toujours consulter. Mais le calcul apparemment n'exclut ni l'observation, ni l'expérience, ni le raisonnement, puisqu'il a pour objet les observations et les expériences, et que c'est le raisonnement qui nous porte à l'appliquer et qui en contrôle l'application. La méthode numérique est donc une sorte de complément ou d'auxiliaire des autres méthodes, au moyen desquelles l'esprit humain s'efforce d'arriver à la démonstration de certaines propositions de thérapeutique.

Il y a, dira-t-on, dans les modes divers de médication une *raison intrinsèque* qui constitue leur degré d'utilité, indépendamment de tout calcul du nombre de guérisons qu'on en obtient. Sans doute, ce ne sont pas les chiffres qui donnent à une médication sa puissance curatrice. Mais comme il s'élève souvent des disputes sur les avantages absolus ou relatifs de plusieurs modes de traitement, et que

(1) Les questions relatives aux probabilités, peuvent, dit Laplace, se résoudre *analytiquement* ou en se servant des signes et des formules algébriques ; mais on peut présenter les principes et les résultats généraux de cette théorie sans le secours de l'analyse. Cet illustre auteur nous a donné l'exemple de cette double méthode.

(1) Il est clair que si toutes les conditions des problèmes dont la médecine s'occupe, étaient rigoureusement connues, si elles n'étaient pas incessamment variables, même quand elles sont connues, ces problèmes seraient susceptibles d'une solution rigoureuse. Malheureusement il n'en est point ainsi ; et dans cet état de choses, celui-là est le médecin le plus instruit qui peut prédire, non pas avec une certitude absolue, mais avec une somme donnée de probabilités, un grand nombre de résultats ou d'événements médicaux.

(2) J'aurais pu réserver cette discussion pour le chapitre où je m'occuperai de considérations générales sur le traitement des maladies ; mais j'espère que le lecteur ne sera pas fâché de nous la voir aborder dès à présent.

la vérité de l'opinion que l'on soutient ne peut pas toujours être démontrée par des preuves directes et tirées de la nature même des choses, il est clair comme le jour que pour parvenir à prouver cette vérité il devient nécessaire de recueillir des faits à son appui (1). Or, comment savoir si tel moyen guérit plus souvent qu'un autre, employé dans les mêmes cas, si l'on ne compte? C'est surtout en thérapeutique, qu'il faut le dire, avec Hippocrate, « experientia fallax, judicium difficile. » C'est à force de multiplier les expériences et les observations qu'on parvient à éviter les *erreurs* qui ont pu s'y glisser d'abord, et à les juger plus *facilement*, à les *peser* plus exactement. Toutefois, il ne faudrait pas conclure de cette juste réflexion, qu'on ne doit tenir compte que des masses de faits et répéter, avec quelques-uns, *qu'un seul fait ne prouve rien.* Effectivement, outre qu'il existe des cas où un seul fait *bien observé* prouve beaucoup, il est très-certain, qu'en tout état de cause, un seul fait prouve quelque chose. S'il en était autrement, chaque fait en particulier pourrait être représenté par zéro. Or, que prouverait elle-même une collection de faits particuliers, c'est-à-dire une collection de zéros?

Quoiqu'il en soit, c'est avec raison que Laplace a dit: « pour reconnaître le meilleur des traitements en usage dans la guérison d'une maladie, il suffit d'éprouver chacun d'eux sur un même nombre de malades, en rendant toutes les circonstances parfaitement semblables. La supériorité du traitement le plus avantageux, se manifestera de plus en plus, à mesure que ce nombre s'accroîtra, et le calcul fera connaître la probabilité correspondante de son avantage et du rapport suivant lequel il est supérieur aux autres (2). »

En dernière analyse, quiconque en appelle à l'expérience pour décider une question thérapeutique, fait, à son insu peut-être, un appel à la méthode numérique, puisque sans celle-ci, l'expérience manque nécessairement de précision et pour ainsi dire de *lois*.

Il est très-vrai, j'en conviens, que sans compter positivement les cas de sa pratique, un médecin de bon sens ne tarde pas à reconnaître si telle méthode est préférable à telle autre, dans une maladie donnée. Mais encore une fois, sa conviction ne serait que mieux fondée, si au lieu de dire vaguement que telle méthode a réussi plus souvent que telle autre, il pouvait dire dans quelle proportion, dans quel rapport précis ou numérique les succès de l'une ont été aux succès de l'autre.

(1) La nature des maladies et le mécanisme des agents thérapeutiques étant souvent inconnus, on ne peut alors *rationnaliser* ou *expliquer* le traitement, c'est-à-dire donner la raison *claire, précise* de son efficacité.

(2) *Essai sur le calcul des probabilités.*

La grande objection qui peut être faite à la méthode numérique, c'est qu'elle n'opère jamais sur des cas absolument semblables. Mais il est évident que cette objection s'adresse dans toute sa force, dans toute son intégrité, dans toute sa plénitude, à la pratique dépourvue de chiffres. En effet, à celui qui vous dit j'ai guéri plus souvent, comme à celui qui vous dit positivement le chiffre de ses succès, on peut objecter que les cas n'étaient pas les mêmes. Cette objection étant commune à l'expérience *vague*, comme à l'expérience éclairée par les chiffres, elle tombe pour ainsi dire d'elle-même.

Il est bien vrai que dans la pratique, on ne trouve jamais deux cas exactement identiques, de même qu'on ne trouve jamais deux hommes parfaitement semblables. Mais est-ce une raison suffisante pour qu'on ne puisse pas faire usage du calcul en thérapeutique et tirer d'une collection de faits des conclusions qui soient applicables à d'autres faits du même genre? S'il en était ainsi, l'expérience serait un mot vide de sens, et la thérapeutique flotterait dans une éternelle incertitude. Telle n'est pas heureusement la manière dont se comportent les maladies. La somme des ressemblances entre deux longues séries égales de faits relatifs à une seule et même maladie l'emporte de beaucoup sur celle de leurs différences, et l'on peut par conséquent conclure de l'une à l'autre.

Toutefois, il est bien entendu qu'une foule de circonstances apportent de notables modifications dans une seule et même maladie. Ces circonstances doivent être prises en sérieuse considération, quand il s'agit de dresser une statistique des faits recueillis sur le traitement de cette maladie. Au nombre de ces circonstances, se trouvent l'intensité, l'étendue de la maladie, la date plus ou moins éloignée de son invasion, l'âge, le sexe, la constitution des sujets, les complications, les diverses conditions hygiéniques, etc. C'est pour n'avoir pas tenu compte de toutes ces données, que plusieurs relevés statistiques ne peuvent servir au véritable progrès de la science. Il est incontestable que toutes les circonstances indiquées font varier sensiblement les résultats numériques d'une seule et même méthode thérapeutique convenablement exécutée.

D'un autre côté, toutes les conditions étant d'ailleurs les mêmes, il est également indubitable que la méthode numérique ne donnera pas les mêmes résultats, quelque ait été le mode de traitement employé dans une longue série de cas. Je dis une longue série de cas, parce qu'en effet, dans les questions qui nous occupent, on ne doit prononcer sur la valeur absolue ou relative d'une méthode, et formuler une loi, qu'après avoir employé cette méthode dans un très-grand nombre de cas. C'est là une des règles dont on ne doit pas s'écarter dans l'application du calcul aux faits de la thérapeutique. Il avait bien senti cette vérité, le judicieux obser-

vateur qui a dit : « Magni facio experientiam repetitam. » Lorsqu'une loi est ainsi l'expression d'un très-grand nombre de cas, un certain nombre d'autres cas, observés dans des conditions particulières, pourraient lui être contraires, sans qu'on fût en droit d'en conclure que cette loi est fausse (1).

C'est pour avoir négligé la différence des résultats selon la différence des formules thérapeutiques, que des observateurs, d'ailleurs très-distingués, M. Louis, par exemple, ont commis des erreurs très-évidentes, dans leurs conclusions générales sur la durée et la mortalité de certaines maladies. Il résulte de relevés publiés par MM. Louis et Chomel, que la mortalité, dans la maladie qu'ils appellent fièvre ou affection typhoïde, est de un sur trois environ. Mais il ne fallait pas généraliser, comme ils l'ont fait, ce malheureux résultat. En effet, dans toute maladie, et particulièrement dans celle dont il s'agit, la mortalité et le traitement sont deux éléments corrélatifs, de telle sorte que le premier peut augmenter ou diminuer, selon que le second est bon ou mauvais (toutes les autres circonstances restant sensiblement les mêmes). Une expérience de quatre années nous a permis de mettre cette vérité dans toute son évidence. Par la nouvelle méthode que nous avons employée contre cette maladie, la mortalité s'est trouvé réduite à un sur sept environ, ainsi que nous le verrons plus loin, et tout me porte à croire que les cas soumis à notre traitement, considérés dans leur totalité, étaient plus graves encore que ceux où d'autres avaient essuyé une mortalité d'un sur trois à quatre. Ce qu'il y a de certain, c'est que nous avons retranché de cette catégorie plusieurs cas de simple fièvre bilieuse ou gastrique, tandis que MM. Chomel et Louis les y ont compris.

De même, MM. Louis et Chomel avaient trouvé que, dans la pneumonie ou pleuro-pneumonie, la mortalité était de un sur trois environ. Hé bien, il nous a été facile de prouver que cette effrayante mortalité provenait de ce qu'on n'avait point employé les saignées aussi énergiquement qu'on peut le faire aujourd'hui. Il résulte, en effet, d'un relevé de plus de cent malades, traités depuis quatre ans dans mon service, par la formule des saignées générales et locales coup sur coup, que la mortalité n'a été que de un sur huit à neuf, même en comprenant parmi les morts ceux qui succombèrent au moment de l'entrée, et qui, par conséquent, ne furent pas soumis à cette formule.

Ces résultats et d'autres semblables ont, je le sais, trouvé de nombreux contradicteurs, et tout récemment encore une vive discussion s'est élevée à ce sujet au sein de l'Académie royale de médecine. M. Louis qui, comme on sait, a prodigieusement restreint le pouvoir de la saignée dans la guérison des inflammations, a soutenu, en pleine Académie, que notre formule n'était probablement pour rien dans les succès que nous avions obtenus. Lui-même a, dit-il, perdu depuis quelque temps moins de péripneumoniques qu'autrefois, et bien qu'il ait saigné un peu plus largement, il n'explique pas cette heureuse différence par la modification légère qu'il a fait subir au traitement, mais par la *constitution médicale*. C'est donc à la bénignité de cette *constitution médicale*, que M. Louis semble vouloir rapporter les succès signalés que nous avons obtenus. J'ai été fort surpris, je l'avoue, de ce système d'argumentation de la part d'un observateur tel que M. Louis. Ma surprise a été d'autant plus grande, que jusqu'ici M. Louis, dans ses divers ouvrages, n'avait pas attaché une grande valeur à un pareil élément (1). Quoiqu'il en soit, je puis affirmer que M. Louis n'a pas été très-heureux dans le choix de son argumentation (2). En effet, s'il était vrai que la *bénignité de la constitution médicale* eût été la cause du peu de mortalité chez nos péripneumoniques, la mortalité aurait dû diminuer dans la même proportion dans tous les autres services. Or, il n'en a point été ainsi ; les relevés de M. Chomel en font foi. Un bon nombre d'élèves ont vu succomber dans divers services des péripneumoniques bien moins gravement atteints que plusieurs de ceux qui guérirent dans nos salles. J'ai rapporté, dans le *Journal hebdomadaire*, un cas de pneumonie des plus bénignes qui, traité à l'Hôtel-Dieu, par l'oxyde blanc d'antimoine, se termina rapidement d'une

(1) Ce que nous disons ici des faits thérapeutiques est conforme aux principes du calcul des probabilités en général. « Il résulte d'un *théorème* de la loi générale, savoir : « que les rapports des effets de la nature, sont à fort peu « près constants, quand ces effets sont considérés en grand « nombre. Ainsi, malgré la variété des années, la somme « des productions pendant un nombre d'années considé- « rable, est sensiblement la même, en sorte que l'homme, « par une utile prévoyance, peut se mettre à l'abri de l'ir- « régularité des saisons, en répandant également sur tous « les temps, les biens que la nature distribue d'une manière « inégale.

« Dans une série d'événements, indéfiniment prolon- « gée, l'action des causes régulières et constantes doit « l'emporter à la longue sur celle des causes irrégulières. » (Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités.*)

(1) La *constitution médicale* est devenue le mot *d'ordre* de tous ceux qui n'ont pas de bonnes raisons à donner. Quelques autres attribuent au *hasard*, au *bonheur* les succès de leurs confrères. Voilà, en vérité, des expressions qui doivent bien s'étonner de trouver place dans une langue scientifique ; mais, comme l'a dit l'auteur de l'Essai sur le calcul des probabilités, à la longue on finit par reconnaître qu'en pareille matière, les plus heureux sont les plus habiles.

(2) M. Louis a eu recours à d'autres lieux-communs dont je ne parlerai pas ici.

manière funeste. Depuis vingt ans passés que je me livre assidûment à l'observation, je n'ai point remarqué que les grandes différences de mortalité pussent raisonnablement et consciencieusement être rapportées surtout à ce qu'on appelle vaguement la *constitution médicale*. Il résulte des relevés de mes observations de pneumonies, recueillies en 1822, à l'hôpital Cochin, que la mortalité fut de 1 sur 4. Or, les cas de cette année-là ne furent pas plus graves assurément que ceux où notre mortalité n'a été que de 1 sur 8 à 9. Il est pour moi aussi clair que le jour que la différence de mortalité, dans cette maladie comme dans plusieurs autres, et la rapidité des guérisons tiennent essentiellement au perfectionnement de la méthode thérapeutique, à l'emploi de la formule énergique des saignées coup sur coup. Cette conviction est aussi celle de toutes les personnes qui ont assisté pendant un certain temps à notre clinique, parmi lesquelles personnes il s'en trouve qui n'étaient rien moins que prévenues en faveur de notre méthode, et qui avaient eu M. Louis pour maître. Au reste, en voilà bien assez pour le moment sur ce sujet.

Concluons, en définitive, que la méthode numérique appliquée à des faits bien observés, bien classés, bien égalisés, est, dans l'état actuel de la thérapeutique, un puissant moyen de démonstration, et que l'ignorance ou la paresse pourraient seules en contester l'utilité.

Je me félicite de me trouver ici d'accord avec un savant observateur, dont je ne combats jamais qu'à regret les opinions. M. Louis, l'un des plus zélés partisans de la méthode numérique, s'exprime ainsi dans ses *Recherches sur les effets de la saignée*, en réponse aux objections des médecins qui se sont déclarés contre la méthode dont il s'agit :

« La première et en apparence, la plus grave des objections faites à cette méthode, c'est qu'il est difficile de réunir un nombre suffisant de cas d'une même maladie, dont on puisse dire qu'ils sont identiques ; surtout si l'on prend garde qu'il n'existe peut-être pas deux cas d'une affection quelconque absolument semblables.

» Sans doute, si pour deux cas d'une même maladie ayant la ressemblance qui est nécessaire pour les grouper, ils doivent être relatifs à des individus d'un âge parfaitement égal, de force, de stature, d'embonpoint mathématiquement semblables, etc., etc.; si l'affection doit être très-exactement à la même époque de sa durée, ou d'une étendue identique (à supposer que l'on puisse la mesurer) ; si le mouvement fébrile qui l'accompagne doit être le même, au point que les pulsations artérielles ne soient pas plus nombreuses, même de deux ou trois chez un sujet que chez l'autre ; si telles sont les conditions de la ressemblance dont il s'agit, il sera à jamais impossible de les trouver réunies, pas plus qu'on ne trouve sur un même arbre deux feuilles de forme, de couleur et d'épaisseur exactement semblables. Et comme la nécessité de réunir des faits semblables pour les grouper et en conclure rigoureusement, n'est pas douteuse, il s'en suivrait qu'il n'y aurait en médecine que des individualités ; qu'il y serait à jamais impossible de s'élever à un fait général quelconque, même en pathologie; qu'il n'y aurait pas moyen non plus de décrire une feuille d'arbre d'une manière générale. »

Après avoir fait justice d'une telle logique, et avoir prouvé « qu'il n'est pas indispensable de tenir compte de beaucoup de circonstances, pour apprécier, d'une manière générale, l'effet des agents thérapeutiques, dans le traitement de plusieurs maladies, » M. Louis poursuit ainsi :

« Que, par exemple, dans une épidémie quelconque cinq cents malades, pris indistinctement parmi ceux qui ont été atteints de la maladie régnante, aient été soumis à une espèce de traitement; que cinq cents autres, pris de la même manière, aient suivi un traitement différent : ne devra-t-on conclure, s'il est mort un plus grand nombre de malades parmi les premiers que parmi les seconds, que le traitement des premiers était inférieur à celui des autres? on le devra nécessairement, parce que sur un groupe de sujets aussi considérable, des circonstances semblables se seront nécessairement rencontrées ; et tout étant égal de part et d'autre, à part le traitement, la conclusion sera rigoureuse (1).

» Remarquons, d'ailleurs, que l'objection faite à la méthode numérique, c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité de faire des groupes de faits semblables, est la même pour toutes les méthodes qu'on voudrait lui substituer: « Que c'est précisément à cause de l'impossibilité d'apprécier chaque cas avec une exactitude en quelque sorte mathématique,

(1) Certainement, si toutes les conditions du problème sont bien telles que les suppose ici M. Louis, et c'est pour cela que cet auteur devrait adopter la formule de traitement que nous opposons aux phlegmasies aiguës, car aujourd'hui plus de 500 malades traités par elle, ont démontré sa supériorité sur l'ancienne méthode. Il est très-vrai qu'il peut rigoureusement arriver que les 500 malades d'une première série se trouvent dans des circonstances moins favorables que ceux d'une seconde, qu'il y en ait, par exemple, un plus grand nombre de gravement atteints dans l'une que dans l'autre, et dès lors la méthode numérique, employée sans égard à cette circonstance, donnerait nécessairement lieu à une conclusion peu exacte. Mais cela ne prouverait réellement rien contre elle ; que dis-je ? ce résultat déposerait en sa faveur, puisqu'il démontrerait que c'est pour n'avoir pas été appliquée avec toutes les précautions convenables, qu'elle a fourni un résultat fautif. Or, pour qu'une méthode donne les résultats rigoureux qu'on a droit d'en attendre, la première condition, c'est qu'elle soit employée d'après les règles qui lui ont été assignées par la *raison*.

qu'il faut nécessairement compter, puisque les erreurs inévitables, étant les mêmes pour deux groupes de malades traités par des procédés différents, ces erreurs se compensent, et peuvent être négligées, sans altérer sensiblement l'exactitude des résultats. »

» En définitive, c'est par les résultats qu'on peut apprécier la valeur des méthodes: on s'occupe depuis des siècles de la thérapeutique, et la thérapeutique est dans l'enfance. Il y a donc à faire autre chose que ce qu'on a fait jusqu'ici : et comme les hommes habiles n'ont jamais manqué à la science, c'est à la méthode ou plutôt au manque de méthode, qu'il faut s'en prendre de l'état actuel de la thérapeutique (1).

» On parle sans cesse de l'expérience des siècles en médecine ; mais comment cette expérience peut-elle être une réalité, si ceux qui écrivent, au lieu de dire, j'ai souvent vu, n'ont pas dit, j'ai vu tant et tant de fois ?.... Imaginez des milliers d'auteurs ayant suivi cette marche, c'est comme si vous n'en aviez qu'un ; et, sous beaucoup de rapports, comme si vous n'en aviez pas du tout. Si donc il y a moyen de recueillir l'expérience des siècles en thérapeutique, ce ne peut être qu'en employant la méthode numérique. » (*Recherches sur les effets de la saignée*, pages 71 et suiv.)

Encore une fois, je me trouve heureux de partager l'opinion de M. Louis sur les avantages de l'application *bien entendue* de la méthode numérique aux faits de la médecine. Je suis seulement affligé que ce savant médecin, par des motifs que j'ignore, ne fasse cas des résultats de cette méthode qu'autant qu'ils s'accordent avec les siens. Il apprendra quelque jour, peut-être, combien il importe d'expérimenter, avant de nier ou d'interpréter les avantages numériques obtenus par une formule nouvelle.

(1) M. Louis juge un peu sévèrement les siècles passés en disant que c'est au *manque de toute méthode* qu'il faut s'en prendre de l'état actuel de la thérapeutique. Depuis déjà long-temps, on ne peut pas dire que les médecins ont manqué de toute méthode en matière de thérapeutique. Il y a plus, c'est que la méthode numérique elle-même n'a point été *inventée* mais précisée et perfectionnée par notre époque. Il en est de même de plusieurs autres méthodes. Il n'existe peut-être pas une seule époque où le calcul n'ait été *vaguement* appliqué à la thérapeutique, et où l'on n'ait soutenu la supériorité d'une méthode en disant qu'elle guérissait *plus* de malades que les autres ; mais le mot *plus* devait être remplacé par un chiffre positif déduit d'un calcul exact. C'est, en effet, le seul moyen de donner aux résultats cette forme précise, sans laquelle il n'est point de véritable science.

—

ARTICLE IV.

De la démonstration de la vérité en médecine, et du degré de certitude ou de conviction auquel on peut atteindre dans les questions de cette science.

Les considérations qu'il s'agit d'exposer ici sont presque un simple corollaire de ce que nous avons agité précédemment. En effet, on ne peut procéder à la démonstration de la vérité en médecine, que par l'observation, l'expérience et le raisonnement. La vérité d'un fait est démontrée quand ce fait est conforme à la saine observation et à la saine expérience, et la vérité des propositions générales, des lois, des théories est également démontrée quand elles ont été *exactement déduites de faits bien observés*.

Dans les sciences dites d'observation, il y a donc deux espèces de certitude, savoir : la *certitude expérimentale* acquise par le témoignage des sens, par la voie des agents de l'observation, et la *certitude logique, rationnelle* ou acquise par la voie de l'*intellection*, par le témoignage du *sens logique* (1). La certitude mathématique elle-même est comprise dans les deux grandes espèces dont il s'agit. Ces deux espèces de certitude supposent d'ailleurs certaines vérités premières, évidentes par elles-mêmes, connues sous le nom d'*axiômes*, et dont on a besoin même dans les sciences mathématiques.

Dans l'état actuel de la médecine, il est un grand nombre de nos connaissances qui ont acquis le dernier degré de la certitude. Que penser par conséquent de ces gens qui, d'une manière absolue, traitent la médecine d'art conjectural? Que répondre à ces personnes qui, assimilant les médecins aux anciens augures, viennent vous demander à l'oreille, si vous croyez à la médecine ? Il est, à la vérité, un bon nombre de questions médicales qui sont encore marquées au coin du doute et du que *sais-je* ? de Montaigne ; mais quelle est la science naturelle qui ait acquis dans toutes ses parties le plus haut degré de certitude? Si la médecine compte plus d'incertitude que les autres parties de l'histoire naturelle, c'est qu'elle est plus compliquée qu'aucune d'elles, et que sa philosophie ne fait pour ainsi dire que d'entrer dans cette ère de précision et d'exactitude qui lui promet une si ample moisson de nouvelles certitudes.

Quoi qu'il en soit, la médecine en tant que

(1) Ce dernier *sens*, l'un des plus précieux instruments de l'intelligence, juge, apprécie, distingue, voit, pour ainsi dire, les diverses qualités des *raisons*, des *preuves* apportées à l'appui des propositions mises en avant, comme l'œil voit, examine les objets sous le rapport de leurs couleurs, de leur forme, etc. Le sens logique est donc une sorte d'œil *intellectuel*.

science fondée sur l'observation et l'expérience, emploie pour prouver la vérité, les mêmes voies et moyens que les autres sciences de la même catégorie, savoir : la démonstration directe ou par les faits, et la démonstration indirecte ou par induction et analogie. Si dans certains cas, on arrive par voie d'hypothèse à la découverte de la vérité en médecine, comme dans quelques autres sciences, c'est à la condition que les hypothèses sont fondées elles-mêmes sur des faits ou du moins sur des principes de logique incontestables (1).

La démonstration par les faits est de toutes la seule à laquelle les bons esprits ne peuvent résister, la seule qui ait *réellement force de loi;* aussi les assertions de pure induction, celles surtout dans lesquelles des hypothèses entrent comme éléments, n'obtiennent-elles définitivement le droit d'être mises au nombre des vérités incontestables, qu'autant qu'elles ont été confirmées par des faits positifs. Il ne faut pas néanmoins, à l'instar de quelques auteurs, affecter un mépris absolu pour les assertions fondées sur l'induction : il suffit de se réserver le droit de les soumettre à l'infaillible contrôle d'une exacte observation, d'une expérimentation précise. En effet, s'il est certain que l'induction ait été la source de graves et nombreuses erreurs, il ne l'est pas moins qu'on lui doit également des vérités du premier ordre. Si, d'un côté, par exemple, Bacon, cet éloquent et profond défenseur de la méthode expérimentale, est faussement arrivé par *induction* à soutenir, contrairement à Galilée, l'immobilité de la terre ; d'un autre côté, le grand Newton doit à cette même méthode son théorème du binome, le principe de la gravitation universelle, de la combustibilité du diamant, de la présence d'un corps combustible dans l'eau, etc. C'est aussi par induction qu'on a d'abord admis et pour ainsi dire *deviné* le principe inflammatoire de certaines maladies encore peu connues, qu'on a rapporté certaines hydropisies à un obstacle au cours du sang veineux, à l'oblitération des veines, par exemple, etc., etc. (2).

Sans doute, on peut arriver à l'erreur par la voie de l'induction, et cela ne saurait manquer, si les données sur lesquelles cette méthode s'exerce manquent d'exactitude ; mais alors l'erreur n'est pas le fait de l'induction. Or, quelle est la méthode qu'il ne faudrait pas abandonner, si, pour en agir ainsi, il suffisait d'avoir à lui reprocher de pareilles erreurs ?

En somme, il est très-vrai que les jugements par induction sont moins solides que les jugements par démonstration directe, mais ce n'est pas une raison pour y renoncer entièrement ; il faut seulement se réserver le droit de les vérifier par cette dernière méthode.

Au nombre des arguments indirects ou si l'on veut par *induction*, que j'ai fait valoir pour prouver la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, j'ai placé le suivant, savoir : que rien n'est plus commun que de rencontrer des *maladies dites organiques du cœur* chez les individus qui ont eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, et qu'à l'ouverture des cadavres de ces individus on trouve des lésions du péricarde et de l'endocarde qui, de l'aveu de tous les bons observateurs, sont les conséquences d'une ancienne inflammation de ces membranes séro-fibreuses. Or, dans une discussion récente à ce sujet, j'entendis, avec quelque surprise, M. Chomel déclarer que l'*induction* ne prouve rien (1). Ma surprise était d'autant plus légitime qu'un auteur dont M. Chomel ne récusera point l'autorité a écrit : que déduire des faits les INDUCTIONS et les conséquences qui en émanent, est une des qualités nécessaires à l'observateur (M. Chomel, *Pathol. gén.*, page 449 ; 2e édit).

C'est particulièrement dans le diagnostic qu'on ne peut souvent se passer de la méthode de l'*induction* et de la conclusion par analogie. Ceux

(1) Un illustre géomètre a dit : « Si l'on essayait toutes « les hypothèses que l'on peut former sur la cause des « phénomènes, on parviendrait, par voie d'exclusion, à « la véritable ; ce moyen a été employé avec succès : quel- « quefois, on est arrivé à plusieurs hypothèses qui expli- « quaient également bien tous les faits connus, et entre « lesquelles les savants se sont partagés, jusqu'à ce que des « observations directes aient fait connaître la véritable. » (Laplace, *Essai sur les probabilités.*)

(2) Je ne puis m'empêcher de rapporter ici le passage suivant de l'*Essai philosophique sur les probabilités*, ouvrage que j'ai déjà si souvent cité : « L'induction, l'ana- « logie, des hypothèses fondées sur les faits et rectifiées « sans cesse par de nouvelles observations, un tact heu- « reux donné par la nature et fortifié par des comparai- « sons nombreuses de ses indications avec l'expérience, « tels sont les principaux moyens de parvenir à la vérité.

« Si l'on considère avec attention la série des objets de « même nature, on aperçoit entre eux et dans leurs chan- « gements, des rapports qui se manifestent de plus en plus « à mesure que la série se prolonge, et qui, en s'étendant « et se généralisant sans cesse conduisent enfin au principe « dont ils dérivent. Mais souvent ces rapports sont enve- « loppés de tant de circonstances étrangères, qu'il faut « une grande sagacité pour les démêler et pour remonter « à ce principe : *c'est en cela que consiste le véritable* « *génie des sciences.* C'est à ce moyen fécond que l'on « donne le nom d'INDUCTION. Newton lui doit son théorème « du binome et du principe de la gravitation universelle. »

(1) Que M. Chomel eût dit que l'*induction* dont je me suis servi ne prouvait rien, à la bonne heure. J'aurais pu me tromper, en effet, par voie d'induction, dans le cas particulier dont il s'agit, sans que cela prouvât autre chose, sinon que je n'avais pas *induit* logiquement.

mêmes qui blâment cette méthode sont à chaque instant obligés d'y recourir.

Quelques observateurs ont désigné sous le nom d'idées ou de conceptions *à priori*, une foule de jugements fondés sur l'analogie, ou fournis par l'induction. C'est ce qui est arrivé à M. Louis, qui se prononce hautement contre cette méthode dans les passages suivants :

« Et quand me formant *à priori* une idée sur la valeur de certains faits, car on pense bien que cela m'est arrivé plus d'une fois, j'étudiais ces faits d'une manière rigoureuse pour savoir à quoi m'en tenir, ce dont je ne me suis jamais dispensé ; savez-vous, lecteur, ce qui m'arrivait? *De ne jamais rencontrer juste;* de manière que le résultat de mes analyses a toujours été opposé, ou très-différent de celui que l'analogie m'avait porté à admettre » (*Examen de l'Examen de M. Broussais*, etc., page 25).

Un peu plus loin (page 26), M. Louis ajoute : « que le lecteur ne l'oublie pas : toutes les fois que j'ai cherché *à priori* la valeur ou l'influence d'un phénomène quelconque dans une maladie, j'ai rencontré faux; et quelque supériorité que je puisse reconnaître dans mes confrères, il ne m'est pas possible de les croire beaucoup plus heureux dans ce genre. »

Voilà, certes, de bonnes raisons pour renoncer aux *à priori* et *aux conclusions par analogie ;* Cependant, M. Louis juge encore ici *à priori* ou par *analogie*, quand il dit qu'il ne lui est pas possible de croire ses confrères beaucoup plus heureux que lui. Or, ce jugement ne fait que prouver de nouveau combien réellement M. Louis est malheureux en raisonnement par analogie. En effet, il n'est personne qui ne sache que, dans un bon nombre de cas, des conclusions par analogie ont été vérifiées par les faits, en médecine comme dans les autres sciences.

« *C'est surtout* pour tout ce qui est du domaine de la thérapeutique, dont on n'a fait, jusqu'ici, en quelque sorte, qu'un corollaire de la pathologie, poursuit M. Louis, *que toutes les* fois qu'une proposition n'est pas l'expression pure et simple de l'analyse rigoureuse d'un *plus ou moins grand nombre* de faits bien observés, on doit la considérer comme fausse, ou tout au moins douteuse ou non démontrée » (page 26).

Il va sans dire assurément qu'une proposition qui n'est pas l'expression de l'analyse d'un plus ou moins grand nombre de faits bien observés, ne doit pas être considérée comme démontrée, ni partant comme fausse, quoi qu'en dise M. Louis (car il faut une démonstration pour établir la fausseté d'une proposition aussi bien que pour en établir la vérité). Mais tout cela ne prouve rien contre les conclusions par analogie, et ces conclusions sont toujours légitimes, pourvu qu'elles soient conformes aux règles d'une saine et exacte *logique*.

Il est vrai que, s'il fallait en croire un passage de M. Louis, cet auteur n'aurait pas beaucoup de goût pour la médecine rationnelle et partant pour la logique, sans laquelle on ne peut concevoir de médecine rationnelle, ni même aucune espèce de médecine. « Si, dit-il, l'on entend par motifs, comme par indications, des considérations *à priori*, cette manière de voir est tout-à-fait hypothétique, rentre dans la *médecine rationnelle*, médecine d'essai, à laquelle on ne peut recourir que faute de mieux, quand l'expérience n'a pas encore parlé : et *je la repousse de toutes mes forces* » (*Rech. sur la saig.*, pages 78, 79).

Qu'entend ici M. Louis par considérations *à priori*? Qu'est-ce que la médecine rationnelle qu'il repousse de toutes ses forces? j'avoue que je ne trouve pas cela très-clair. Si M. Louis repousse de toutes ses forces la médecine *rationnelle*, comment repoussera-t-il la médecine *irrationnelle?* Il sait très-bien que personne ne conteste la nécessité de l'expérience en médecine ; mais encore une fois la raison et la logique ne sont pas les ennemies de l'expérience ; elles en sont au contraire, les alliées naturelles, et concourent avec elles à l'accomplissement du grand œuvre de la médecine. Avant donc de repousser ainsi la médecine *rationnelle*, qu'on nous dise au moins ce qu'on entend précisément par ce mot.

Quoi qu'il en soit, la saine logique veut que les analogies d'après lesquelles on conclut, soit en *théorie*, soit surtout en *pratique*, comme on dit, soient bien réelles. Que si, au contraire, on ne conclut que sur de *fausses analogies*, il n'est pas étonnant *que l'on rencontre faux*, comme cela est arrivé à M. Louis; ce qui serait étonnant, ce serait de rencontrer *juste*, en partant d'une donnée *fausse*. Ainsi, par exemple, de ce que, dans le traitement de *quelques maladies inflammatoires*, *telles que la pleuro-pneumonie*, *l'érysipèle de la face*, *l'angine gutturale*, M. Louis n'a pas obtenu de très-beaux effets de la méthode des émissions sanguines qu'il a cru devoir adopter, il ne faudrait pas en conclure *par analogie* que d'autres praticiens, dans des cas semblables, n'ont pas été plus heureux, en employant une autre formule des émissions sanguines, celle des saignées coup sur coup entre autres, telle que je l'ai exposée ailleurs. Il n'y a, en effet, aucune grande analogie, aucune parité entre cette formule et celle dont M. Louis s'est servi, et par conséquent les résultats doivent être fort différents, sans qu'il soit nécessaire pour expliquer cette énorme différence à l'avantage de notre formule, de recourir, comme l'a fait M. Louis, à l'influence de la constitution médicale, le plus banal à la fois et le plus malheureux de tous les arguments que

l'on puisse invoquer en pareille occurence (1).

Toutefois, qu'on n'aille pas, exagérant, selon la coutume de quelques-uns, notre opinion sur la valeur des preuves par *à priori* ou des arguments par induction nous faire dire que cette méthode de *raisonnement* ou d'argumentation est suffisante en médecine, et qu'elle doit être mise sur la même ligne que l'argumentation *directe :* telle n'est pas assurément notre conclusion. Nous répétons, au contraire, qu'en médecine, les assertions par simple et pure *induction* doivent être soumises au contrôle des faits, doivent être passées au creuset de l'expérience et de l'observation directe. Ce qui nous paraît peu sage, c'est que, tombant d'un excès dans un autre, on proscrive formellement du domaine de la médecine l'usage de l'induction, et nous croyons être en cela de l'avis de tous les vrais observateurs.

La démonstration par *analogie* rentre évidemment dans celle par induction, dont elle n'est qu'une forme. « L'analogie, dit Laplace, est fondée sur la probabilité que les choses semblables ont des causes du même genre et produisent les mêmes effets. Plus la similitude est parfaite, plus cette probabilité augmente. » En physique, en chimie, en médecine, rien n'est plus commun que les conclusions par analogie.

La ressemblance des phénomènes électriques avec les effets du tonnerre, a conduit à la découverte de l'électricité de l'atmosphère et des nuages. Lorsque certaines altérations, le *ramollissement*, par exemple, ont été évidemment la suite d'une inflammation dans un organe, et qu'on les trouve dans un autre organe, on en conclut par analogie que là aussi elles ont été l'effet d'une inflammation. Voici un exemple moins sujet à discussion que le précédent : les adhérences celluleuses, fibreuses, fibro-cartilagineuses de la plèvre étant généralement considérées comme des conséquences d'une inflammation, d'une pleurésie, on a conclu par analogie que des adhérences ou des productions semblables dans le péricarde ou dans l'endocarde étaient également les suites d'une inflammation, d'une péricardite et d'une endocardite. Ici la probabilité équivaut en quelque sorte à la certitude, et la preuve par analogie dispense presque de la preuve directe. Cependant, même dans ces cas, et surtout dans ceux où l'analogie est moins pressante, on ne doit affirmer les choses, en dernier ressort, qu'après avoir obtenu l'approbation des faits, la sanction de la méthode *démonstrative, directe, expérimentale.*

En résumé, la complexité effrayante de la plupart des problèmes de la médecine, les obstacles qu'on éprouve dans l'application des méthodes exactes d'observation et d'expérimentation, placent la science dont il s'agit au nombre de celles dans lesquelles on parvient le plus lentement et le plus rarement à la certitude absolue. Toutefois, les diverses parties de la médecine ne se ressemblent pas parfaitement sous ce rapport. Ainsi, de toutes ces parties, celles dans lesquelles une entière certitude est le plus difficile à acquérir, sont la *nature* et le *traitement* des maladies. Voilà pour-

(1) Voyez, à cet égard, dans les journaux de médecine, le compte rendu d'une longue discussion sur les avantages de notre formule des émissions sanguines, discussion qui a eu lieu au sein de l'Académie royale de Médecine. N'est-il pas singulier qu'un observateur qui s'élève avec tant de force contre les suppositions gratuites, les *à priori*, ne se soit fait aucun scrupule de juger une formule qu'il n'a point essayée, et n'ait trouvé d'autre argument à lui opposer que celui de la constitution médicale ! La constitution médicale ! mais cette constitution médicale n'était-elle pas la même dans les divers hôpitaux, dans les divers services du même hôpital ? et cependant la mortalité qui était de 1 sur 3 ou sur 4 là où la vieille méthode était employée, n'était que de 1 sur 8 à 9 là où la nouvelle formule était appliquée !

Ce n'est pas là, d'ailleurs, la seule hypothèse à laquelle M. Louis ait cru devoir recourir. Dans son mémoire *sur les effets de la saignée*, il n'a pas même parlé de la constitution médicale ; mais voici les autres suppositions que M. Louis, cet adversaire des *à priori*, des *inductions* hypothétiques, a cru devoir mettre en avant. Il conclut de *ses* faits « que l'influence de la saignée n'a pas été plus marquée dans les cas où elle a été copieuse et répétée, que « dans ceux où elle a été unique et abondante ; *qu'on ne « jugule pas les inflammations comme on se plaît trop « souvent à le dire, que dans les cas où il paraît en être « autrement, c'est sans doute, ou parce qu'il y a eu erreur « de diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu « lieu à une époque avancée de la maladie, quand celle-ci « était voisine de son déclin ;* qu'il serait bon néanmoins « d'essayer, dans les maladies inflammatoires, dont le péril est imminent, la péripneumonie, par exemple, si une « première saignée, poussée jusqu'à la syncope, de 25 à 30 « onces et plus, n'aurait pas eu un plus grand succès. » (*Recherches sur les effets de la saignée*, pag. 31).

On le voit, M. Louis, que l'expérience décourageante qu'il en a faite aurait dû rendre sobre en matière d'*à priori* et de suppositions, entasse ici hypothèse sur hypothèse pour réfuter ceux qui ont été plus heureux que lui dans le traitement des phlegmasies auxquelles s'appliquent ses *Recherches sur les effets de la saignée*. N'eut-il pas été plus simple à la fois et plus utile à la saine thérapeutique de vérifier les faits publiés par d'autres, d'expérimenter soi-même ? Alors, on n'aurait pas fait planer sur ses adversaires le soupçon peu flatteur d'erreur de diagnostic (et dans quelles maladies ! l'érysipèle de la face, l'angine gutturale, la pleuro-pneumonie, c'est-à-dire l'A, B, C, du diagnostic); et on n'aurait pas allégué que l'émission sanguine a eu lieu vers le déclin de la maladie, puisqu'il serait par trop absurde de dire qu'on a *jugulé* une maladie qui touchait à sa fin. Certes, après ces nouveaux mécomptes au sujet de ses *à priori* et de ses hypothèses, il y a lieu d'espérer que notre savant confrère, M. Louis, y renoncera désormais.

quoi dans tous les temps et encore de nos jours, tant de disputes agitent le monde médical, quand il s'agit de certaines questions relatives à ces deux branches de la médecine.

Il suit de ce qui précède que la *conviction* en médecine doit être et est réellement une chose difficile, surtout en matière de thérapeutique et de nosogénie. Aussi, un déplorable esprit de doute avait-il envahi presque de toutes parts le domaine de la science. Certes, c'est un grand progrès que d'avoir appris à douter des vieux préjugés, des anciennes erreurs : c'est là le triomphe du doute philosophique, du doute *cartésien*. Malheureusement le scepticisme médical se répand souvent hors de ses justes limites; et ce système ainsi débordé range les choses que les faits ont réellement démontrées au nombre des simples probabilités, des conjectures, des vraisemblances.

A l'époque des grandes réformes scientifiques, on voit cet esprit de doute passer de quelques hommes influents dans les masses ou le vulgaire des savants, et, comme une contagion, frapper épidémiquement toute une génération, toute une époque. C'est alors que les hommes vraiment supérieurs qui ont plus vu et mieux vu que les autres, passent pour des exaltés, des enthousiastes, des visionnaires, des monomaniaques. Cette dernière classe d'hommes se rencontre, en effet; mais il ne faut pas confondre avec ceux-ci, les hommes de *conviction*. La distinction, il est vrai, n'est pas toujours chose facile, et les ennemis du progrès, mettant à profit, exploitant cette circonstance, ne manquent jamais d'exagérer les opinions, les doctrines professées par les auteurs des vérités nouvelles. En les travestissant ainsi, en les chargeant, en les parodiant, si j'ose me servir de ce mot, ils parviennent à les démonétiser pour un certain temps, à les rendre absurdes ou ridicules. Cette tactique est bien connue et si je voulais en citer des exemples, je n'aurais que l'embarras du choix.

C'est ici qu'il importe d'établir une ligne profonde de démarcation entre la simple croyance ou foi scientifique et la conviction proprement dite. Il y a une distance infinie entre une croyance et une conviction. La première est souvent aveugle, la seconde toujours éclairée. On croit sur la simple autorité de tel ou tel homme : *magister dixit;* mais la conviction ne prend jamais sa source dans la simple autorité; elle ne se forme que par l'intermédiaire des faits, que par la voie démonstrative; et sans mépriser absolument le pouvoir de l'autorité, elle ne fait cependant cas de celle-ci qu'après l'avoir contrôlée par l'expérience et l'observation, ces grandes maîtresses dont l'autorité seule ne trompe jamais. Rien n'est plus facile que de croire, rien, au contraire, comme nous l'avons dit, n'est plus difficile que d'être convaincu. Qu'on ne l'oublie donc pas: le doute n'est pas le dernier mot de la science, c'est la conviction; et pour arriver jusqu'à celle-ci, en médecine, il faut traverser tant de résistances, remuer tant de faits, lever tant d'objections, braver tant de préjugés, qu'on ne doit pas s'étonner si les hommes convaincus sont si rares: *apparent rari nantes in gurgite vasto.*

Si l'on réfléchit sérieusement à toutes les circonstances que nous avons examinées en général, et sur lesquelles nous reviendrons avec quelques détails, dans le courant de cet Essai; si l'on se fait une idée bien juste de la nature ou du génie de la médecine, on ne sera point surpris des nombreuses disputes qui, dans tous les temps, et même encore dans le nôtre, ont eu pour sujet le plus ou le moins de certitude de cette immense branche des connaissances humaines. Pour exprimer les différents degrés de cette certitude, on se sert des mots : *je suis intimement convaincu, il m'est clairement démontré*, qui en indiquent le plus haut degré; et de ceux-ci, *je crois, je présume, je soupçonne, je conjecture, il est probable, il me semble probable, il est douteux*, etc., qui nous représentent des degrés intermédiaires entre l'ignorance absolue ou le zéro de la science et le degré précédent, savoir celui du *maximum* de la certitude. Telle est l'échelle que parcourent ordinairement les vérités; telle est pour ainsi dire leur *évolution*. Ce qui nous paraît aujourd'hui une vérité parfaitement démontrée, comme le mouvement de la terre, la circulation du sang, par exemple, fut autrefois considéré comme une insigne hérésie, comme une conjecture, un doute, etc.

On ne nous accusera pas, après ce qui précède, de ne voir aucune question incertaine, de ne *douter de rien en médecine. Douter de tout, ne douter de rien*, voilà les deux extrêmes dont il est facile de faire justice. Mais, entre ces deux extrêmes, il est une foule de degrés, et pour déterminer le vrai *juste-milieu* de cette longue chaîne, il faut une somme de connaissances que possèdent seuls les hommes qui, à un génie vraiment supérieur, unissent une expérience plus vaste, plus étendue, plus précise, plus *éclairée* que celle du vulgaire des savants. Et, comme l'appréciation de la valeur scientifique des hommes est elle-même l'un des plus ardus problèmes qui se puissent rencontrer, et que partant sa solution est le plus souvent erronée, il s'ensuit que tel qui passe pour être le représentant du véritable *juste-milieu* ne l'est nullement, et que ce représentant n'est autre, au contraire, qu'un de ces hommes à *conviction* qui portent seuls le nom d'*exagérés*, d'*exaltés*, etc., comme si le doute n'avait pas son exagération tout aussi bien que la conviction.

En effet, le lecteur n'a pas oublié que l'histoire des révolutions scientifiques nous apprend que tel savant dont la *conviction* fut autrefois considérée

comme une hérésie, comme une croyance d'enthousiaste ou d'insensé, a été généralement regardé plus tard comme le représentant de la vérité, c'est-à-dire du *juste-milieu* par excellence. Combien d'hommes qu'on accuse aujourd'hui de convictions exagérées ou prématurées, seront un jour les représentants de nouvelles vérités dont la masse du vulgaire doutait de leur temps!

Il résulte des précédentes réflexions qu'en exprimant par les mots *juste-milieu*, *éclectisme*, ce qu'on désignait vulgairement sous les noms de *vérité*, de *raison*, tout le monde prétend être dans ce *juste-milieu*, dans cet *éclectisme*, comme avant l'emploi de ces mots, tout le monde croyait avoir la *vérité* et la *raison* de son côté. Quand on se sert de mots aussi vagues, aussi généraux, et qu'on se dispute sur un pareil terrain, on peut être certain que les disputes dureront long-temps.

Quoiqu'il en soit, s'il est bien vrai que parmi les hommes qui font autorité en matière de médecine, il existe une foule d'opinions générales et spéciales, ou directement opposées, ou simplement différentes, quelle sera la triste condition de ceux qui, ne pouvant pas consulter les *grands maîtres*, c'est-à-dire les faits, chercheront cependant la vérité de bonne foi et avec toute l'ardeur qu'inspire ordinairement la jeunesse? L'empire de la science, en proie à une guerre civile d'un nouveau genre, deviendra une arène où souvent, de chaque côté, on verra les combattants servir plus les hommes que la vérité. Ces disputes médicales, malheureusement plus communes et plus vives que celles des autres sciences naturelles, sont les inévitables accidents des progrès de la science : ce sont comme les orages qui en purifient l'atmosphère; il faut donc les supporter avec résignation.

Dans les grandes et violentes discussions que soulèvent les révolutions scientifiques, une masse assez considérable d'hommes honorables ne se trouvant pas suffisamment éclairés pour prendre une résolution décisive, qui expose à une responsabilité plus ou moins sérieuse, forment ce parti dit *éclectique* auquel obéit le public médical, jusqu'au moment où la vérité ait brillé dans tout son jour, ait éclaté dans toute sa force (1).

Les résistances qu'éprouvent ainsi les vérités nouvelles sont faciles à concevoir à quiconque s'est un peu familiarisé avec l'étude de l'esprit et du cœur humain. Ces réformes ébranlent trop brusquement les anciennes opinions, elles choquent trop vivement les vieux préjugés pour ne pas en éprouver une réaction plus ou moins forte. Il serait, sans doute, à désirer que l'humanité ne procédât pas brusquement, mais au contraire, par des efforts gradués, à la conquête de nouvelles vérités (1). Mais, encore une fois, il paraît que telle n'est pas la *loi* qui a été imposée à notre nature, puisque la plupart des grandes révolutions scientifiques n'ont pu s'accomplir sans de violentes secousses, et partantsans une grande déperdition de *force vive*.

Il serait d'une haute importance de pouvoir déterminer, d'une manière rigoureuse, les diverses conditions d'où naissent quelquefois tant d'opinions diverses sur une seule et même question (*tot capita, tot sensus*), dans les sciences d'observation en général, et dans la médecine en particulier. Il en est quelques-unes qu'on peut indiquer.

1° Il est indubitable que, toutes choses étant

(1) Le vrai mouvement de la science ne commence qu'à cette époque. Jusque-là, les opinions contradictoires se faisant pour ainsi dire équilibre, la science était restée stationnaire, et le doute est vraiment l'image de cette sorte d'immobilité *active* due à la neutralisation réciproque des opinions divergentes.

On pourrait donc appliquer aux questions de progrès et d'immobilité scientifique, les principes de la statique et de la dynamique proprement dites : il suffit pour cela de considérer les opinions comme des forces et la science comme un point qu'elles sollicitent. Ainsi, l'action de ces forces diverses est nulle quant au mouvement, elles laissent pour ainsi dire la science en repos, lorsqu'elles s'entredétruisent. C'est là un *équilibre scientifique*. Le cas le plus simple de ce *statu quo*, de cette immobilité scientifique est celui où deux opinions directement opposées sont égales en puissance. Si les deux opinions ne sont pas diamétralement opposées, si elles sont en quelque sorte obliques l'une à l'autre, la science se meut dans une direction moyenne, véritable *résultante* en dynamique scientifique. Si les deux opinions sont inégales en force et en puissance, la science se meut dans le sens de la plus énergique, en perdant de son intensité une somme égale à celle de la force moindre, c'est-à-dire, comme s'il était sollicité par la différence d'action qui existe entre les deux opinions.

Dans son « Essai philosophique sur le calcul des probabilités (page 48), Laplace considère comme des mouvements les actions psycologiques elles-mêmes, et les assujettit aux lois de la dynamique. Selon lui, presque toutes les comparaisons que nous tirons des objets matériels, pour rendre sensibles les choses intellectuelles, sont au fond des identités : il dit positivement que l'hésitation entre des motifs opposés, est un équilibre de forces égales.

(1) Poursuivant sa comparaison des objets matériels avec les choses intellectuelles, Laplace dit, à cette occasion : « Les changements brusques que l'on produit dans le *sensorium*, éprouvent la résistance qu'un système matériel oppose à des changements semblables; et si l'on veut éviter les secousses et ne pas perdre de force vive, il faut agir comme dans ce système, par nuances insensibles. »

Heureusement que la *force vive* des générations est inépuisable, et que les résistances qu'elle ne peut surmonter à une époque, lui cèdent plus tard.

d'ailleurs égales, les opinions et la forme de leur expression varieront selon les dispositions primordiales que l'esprit de conviction a reçues de la nature chez les divers individus.

2° Il n'est pas moins certain que la dissidence d'opinion tient souvent à ce que les hommes n'ont pas tous étudié les questions en litige avec la même attention, et ne possèdent pas tous la même somme de faits ou de données à ce sujet. Nous croyons par conséquent qu'on peut, avec les restrictions convenables, appliquer à certaines questions médicales, les réflexions suivantes de Laplace. Après avoir dit que « la croyance ou l'adhésion que nous donnons à une proposition est ordinairement fondée sur l'évidence, sur le témoignage des sens, ou sur des probabilités, et que dans ce dernier cas son degré de force dépend de celui de la probabilité qui dépend elle-même des données que chaque individu peut avoir sur l'objet de son jugement », Laplace poursuit ainsi :

« Dans les choses qui ne sont que vraisemblables, la différence des données que chaque homme a sur elles, est une des causes principales de la diversité des opinions que l'on voit régner sur les mêmes objets.

» C'est ainsi que le même fait, récité devant une nombreuse assemblée, obtient divers degrés de croyance, suivant l'étendue des connaissances des auditeurs. Si l'homme qui le rapporte en est intimement persuadé, et si, par son état et son caractère, il inspire de la confiance, son récit, quelque extraordinaire qu'il soit, aura, pour les auditeurs dépourvus de lumière, le même degré de vraisemblance, qu'un fait ordinaire rapporté par le même homme, et ils lui ajouteront une foi entière. Cependant si quelqu'un d'eux sait que le même fait est rejeté par d'autres hommes également respectables, il sera dans le doute ; et le fait sera jugé faux par les auditeurs éclairés qui le trouveront contraire, soit à des faits bien avérés, soit aux lois immuables de la nature.

» C'est à l'influence de l'opinion de ceux que la multitude juge les plus instruits, et à qui elle a coutume de donner sa confiance sur les plus importants objets de la vie, qu'est due la propagation de ces erreurs qui, dans les temps d'ignorance ont couvert la face du monde. La magie et l'astrologie, nous en offrent deux grands exemples. Ces erreurs, adoptées sans examen, et n'ayant pour base que l'esprit de croyance, se sont maintenues pendant très-long-temps, jusqu'à ce qu'enfin le progrès des sciences les ait détruites. »

Oui, ces réflexions de l'illustre auteur de la *Mécanique céleste* sont d'une grande justesse, et il ne faut pas les oublier, quand il s'agit de la philosophie des opinions humaines en général. Oui, sans doute, en médecine particulièrement, les opinions sont plus ou moins certaines selon les lumières naturelles ou acquises des hommes, de même que selon les lumières des générations. Et comme il est bien vrai qu'en médecine ainsi qu'ailleurs, la propagation des erreurs est due principalement à l'influence de l'opinion de ceux que la multitude juge les plus instruits, de quelles erreurs ne doit point être infestée une grande partie de ces générations médicales, qui ont sucé pour ainsi dire les doctrines de ces ignorants, ou de ces trompeurs que la multitude jugeait les plus instruits ! Mais le voile finit par tomber tôt ou tard ; les bons esprits comprennent que le vulgaire proprement dit est fort mauvais juge en médecine, et qu'il ne lui arrive que trop souvent, surtout dans les temps où la presse et la parole ne sont pas libres, de *juger les plus instruits*, ceux qui ne méritent d'autre palme que celle de l'ignorance et de la médiocrité. C'est par leurs œuvres qu'il faut juger les médecins comme les autres hommes.

Il est digne de remarque qu'en général, les hommes éclairés qui arrivent le plus promptement à la conviction dans les choses susceptibles de démonstration, sont aussi les premiers à douter de ces croyances et de ces préjugés absurdes qui se disputent l'aveugle crédulité du vulgaire. De ce doute, ils ne tardent pas à s'élever jusqu'à la négation, qui n'est pour ainsi dire que l'une des formes par lesquelles se révèle la conviction.

En médecine donc, comme dans toutes les sciences analogues, la certitude, la vraisemblance, la probabilité d'une chose, sont des états, jusqu'à un certain point, relatifs aux personnes, aux temps, etc. La différence des lumières, des données que l'on possède sur les questions qu'il s'agit de juger, est un élément d'une valeur immense, et auquel on ne fait pas toujours assez d'attention. Privés des conditions nécessaires pour bien apprécier les médecins et la médecine, les gens du monde tombent, à chaque instant, dans les plus grossières erreurs sur la matière qui nous occupe. Pour eux, les choses les plus absurdes, telles que les miracles du magnétisme, de l'homœopathie, et de mille pratiques pareilles, marchent sur la même ligne que les véritables méthodes thérapeutiques.

Puisque dans les sciences de faits et d'observation en général et en médecine particulièrement, la certitude est l'état définitif, et le doute un état purement transitoire, pour franchir l'intervalle qui sépare le doute de la certitude, il faut en appeler à de nouveaux faits. Mais, dira-t-on, quel est le nombre de faits nécessaires pour donner force de certitude à une opinion ? Il est impossible de répondre, d'une manière précise, à cette question. En effet, d'une part, les opinions roulent sur des sujets plus ou moins difficiles, et l'esprit de conviction n'est pas le même chez tous les hommes. Or, il est clair que plus les sujets sont obscurs et compliqués, plus il faut de faits pour entraîner la con-

viction ; que plus les esprits sont réfractaires à la conviction, plus aussi la somme des faits doit être considérable. Enfin, les faits eux-mêmes sont plus ou moins convaincants, selon qu'ils ont été recueillis avec plus ou moins d'exactitude. Il est des cas où un seul fait bien observé, bien interprété, porte avec soi la conviction. Il est d'autres cas où dix, vingt, trente faits ne convainquent point, parce qu'ils manquent de détails, de circonstances capitales, etc.

Au reste, ce n'est qu'en descendant dans les particularités de la science, qu'on peut trouver l'application des principes que nous venons de poser. Nous y renvoyons donc, mais auparavant nous recommandons au lecteur de méditer les réflexions suivantes, qui rentrent dans notre sujet, et dont le fond se trouve dans l'*Essai philosophique sur les probabilités*.

Puisque, comme l'a très-bien vu Laplace, c'est une sorte de vérité mathématique que les nouvelles convictions ne se font jour dans les intelligences qu'à travers les résistances que leur opposent et les anciennes opinions d'une part, et les passions et les intérêts de l'autre, il est tout naturel que ces convictions s'emparent plus facilement de l'esprit des nouvelles générations, chez lesquelles les causes de résistance se rencontrent à leur minimum.

C'est donc chez les jeunes gens que les nouveaux progrès doivent surtout chercher de généreux défenseurs. C'est aux générations nouvelles qu'est spécialement réservé l'insigne honneur de faire triompher les convictions si laborieusement enfantées par ces génies privilégiés, dont la nature est avare, et dont les grands noms marquent les différentes ères scientifiques. Qu'elles n'oublient jamais que souvent le seul crime des hommes persécutés par leurs contemporains, fut d'avoir été doués d'un génie plus perçant que le reste des hommes. Ces aigles de la science, qui voient plus vite et plus loin que les autres hommes, seraient-ils donc les seuls pour lesquels on violerait la sainte loi de la tolérance? Faut-il réserver toute son admiration pour ces savants qui ne nous représentent la science qu'avec un bandeau sur les yeux, et qui, comme certains oiseaux nocturnes, ne peuvent supporter la vive lumière de la conviction? Sachons douter, je le répète, quand les faits n'ont pas assez parlé, mais sachons aussi nous avouer convaincus quand, par une suffisante interrogation, nous les avons forcés à nous révéler la vérité. Or, comme *on l'a dit avec raison*, les faits ne sont muets que pour ceux qui ne savent pas les interroger. On serait étonné au dernier point, si l'on savait combien de doutes sur des questions de fait sont évidemment dus à l'ignorance, à l'incompétence, à la paresse de ceux qui les ont. C'est une grande et commune erreur de prendre les doutes de certains auteurs pour l'expression réelle de l'état de la science (1).

Au reste, nous ne saurions trop le redire : tenons-nous toujours bien en garde contre cette tendance à l'exagération, à laquelle la plupart des hommes sont enclins, mais sans perdre de vue que l'exagération du doute n'est pas plus philosophique que celle de la conviction.

Loin de nous surtout cette orgueilleuse manie qui porte certains hommes à croire uniquement à leur propre expérience, et à révoquer en doute celle des autres! Il serait bon de faire rentrer en eux-mêmes ces *Narcisse* d'une nouvelle espèce, qui s'extasient devant leurs œuvres et dédaignent celles des autres, au point de ne vouloir pas même se donner la peine de les examiner.

ARTICLE V.

Sources des erreurs en Médecine.

Étant données les sources de la vérité dans les sciences physiques dont la médecine fait partie, on connaît par cela même celles de l'erreur. La source de l'erreur est double ici comme celle de la vérité : on se trompe, en effet, tantôt parce qu'on a mal observé et tantôt parce qu'on a mal raisonné ou philosophé. Il existe en un mot des erreurs de *fait* et des erreurs de *théorie* ou d'explication.

Le champ de l'erreur est d'ailleurs immense en médecine, puisque, comme nous le savons, les divers objets sur lesquels s'exerce cette science n'ont, en quelque sorte, d'autres limites que celles de la nature elle-même. On est exposé à se tromper dans l'observation et l'appréciation des causes si diverses qui modifient l'économie vivante; dans l'observation et l'appréciation des symptômes, dans la détermination du siége et de la nature des maladies, dans les indications thérapeutiques, et dans le choix des moyens qu'elles réclament, etc., etc.

Néanmoins, les erreurs ne se glissent pas avec la même facilité dans toutes les parties de la médecine indistinctement. Rien n'est plus facile assurément que de se tromper quand il s'agit de discuter et de résoudre les problèmes les plus élevés de la pathologie générale; mais il n'en est pas ainsi de plusieurs questions de pathologie spéciale. Ainsi, par exemple lorsqu'on a de l'habitude, du tact, et qu'on apporte à l'examen des malades toute l'attention nécessaire, on peut décrire avec exactitude les divers changements mécaniques et physiques, que les maladies apportent dans les organes et les

(1) Ce n'est point pour les questions de fait que Montaigne lui-même a donné le doute comme le dernier mot de la science. Que s'il s'agit de l'essence même et des *causes premières* des phénomènes, choses qui échappent à tous nos moyens d'observation et de calcul, on peut à leur égard, dire, avec le philosophe Périgourdin, que l'ignorance et l'incuriosité sont un mol et doux chevet pour reposer une tête bien faite. »

fonctions soumis à l'exploration. Mais si l'on n'est pas bien familiarisé avec les diverses méthodes d'observation, si l'on ne les applique pas avec toute l'attention nécessaire, si l'on néglige l'examen de quelque organe, dans combien de graves erreurs ne peut-on pas tomber, et que de phénomènes importants peuvent être négligés! Et pour n'en citer qu'un exemple, c'est ainsi que, jusqu'à ces derniers temps, on avait méconnu l'existence de ces bruits anormaux divers, qui se passent dans l'intérieur du cœur et du péricarde chez la grande majorité des individus atteints d'un violent rhumatisme articulaire aigu, et que pas suite on avait ignoré la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec cette espèce de rhumatisme.

Mais si les phénomènes les plus sensibles, et pour ainsi dire les plus grossiers des maladies sont faciles à observer et à décrire, il n'en est pas ainsi des phénomènes plus profonds, plus cachés, plus délicats, dont elles sont accompagnées. Or, que d'erreurs peuvent être commises en pareille matière !

C'est surtout dans l'appréciation des effets et des causes, dans la détermination de la nature des affections morbides, dans la recherche et l'application des agents thérapeutiques, que se commettent chaque jour, à chaque instant, de nombreuses, funestes et souvent irréparables erreurs. Tantôt on prend la cause pour l'effet : c'est ainsi que quelques-uns considèrent les profondes altérations de la membrane folliculeuse de l'intestin grêle et des ganglions mésentériques comme un simple effet de la maladie qu'ils appellent fièvre ou affection typhoïde, tandis que, dans le cas dont il s'agit, la maladie intestinale est bien réellement la *cause* essentielle de cet appareil général auquel on a donné le nom d'état ou de fièvre typhoïde. Tantôt, par une erreur contraire à la précédente, on a pris l'effet pour la cause: ainsi, l'anévrysme actif ou la dilatation avec hypertrophie des cavités du cœur passe pour une cause d'asthme et d'obstacle à la circulation, tandis que ces lésions sont elles-mêmes, du moins en partie, l'effet de l'obstacle que le sang éprouve à traverser les orifices du cœur, situés au devant des cavités dilatées, ou les vaisseaux dans lesquels conduisent ces orifices.

Combien de fois de simples coïncidences entre certains faits n'ont-elles pas été et ne sont-elles pas journellement encore prises pour des relations de cause à effet! Combien de fois, au contraire, des rapports de ce dernier genre n'ont-ils pas été pris pour de simples coïncidences ! Je ne saurais entrer dans les détails de toutes ces propositions générales, sans dépasser les limites que je me suis imposées ici. Ces principes trouveront leur application lorsque, un peu plus loin, nous étudierons les causes, les symptômes, les caractères anatomiques, le traitement des maladies.

C'est un spectacle bien affligeant sans doute, que celui des erreurs qui fourmillent encore dans le monde médical; mais c'est aussi une grande consolation pour les vrais observateurs que de contribuer chaque jour par leurs infatigables recherches à extirper quelques-unes de ces erreurs. Rien ne manquerait, sans doute, à leur bonheur, si leurs généreux efforts n'étaient pas incessamment repoussés par cette ligne éternelle des ennemis du progrès, dont aucune époque ne peut se préserver!

Les exemples d'erreurs d'observation et de *théorie* ou de raisonnement ne sont pas difficiles à trouver : on n'a que l'embarras du choix. Voyez ce qui se passe autour de vous : chaque jour, les phénomènes les plus saillants sont méconnus par des observateurs inattentifs, ou incomplètement versés dans l'art d'explorer et d'interroger. Pourquoi d'honorables confrères soutiennent-ils que, hors l'*anévrysme* ou l'*hypertrophie*, le diagnostic des maladies du cœur est encore au-dessus de notre portée ? Parce qu'ils n'ont point suffisamment étudié le sujet, qu'ils n'ont pas fait les expériences et les observations nécessaires pour bien connaître, bien apprécier les changements que peuvent éprouver les bruits du cœur, et le jeu des parties qui les déterminent, le mouvement du sang à travers le cœur, et par suite, dans les autres points du système circulatoire, etc. S'il admet de la matité là où il n'en existe pas ; s'il ne la reconnaît pas, quand elle est bien réelle; s'il n'entend pas un bruit de râpe ou de scie, qui existe réellement; s'il croit entendre un bruit qui n'existe pas, etc., assurément il arrivera souvent au médecin de se tromper dans le diagnostic des maladies soit aiguës, soit chroniques des membranes interne et externe du cœur (endocarde et péricarde). J'ai été si souvent témoin de pareilles erreurs, que j'ai cru devoir les choisir pour exemple. Que répondre aux hommes qui, se posant comme la vivante expression, et pour ainsi dire l'incarnation même de la science, prendraient leur horizon pour les bornes du monde médical, et nieraient l'existence de ce qu'ils ne voient pas? *Non crimen artis quod professoris est.* Le nombre des erreurs de *fait* ou d'observation, que commettent chaque jour des hommes peu ou point habitués à se servir des nouvelles méthodes d'exploration, est réellement incalculable (1).

Quant aux erreurs de théorie et de raisonnement, aux *sophismes*, aux fausses inductions, aux faux rapprochements, etc., ils ne sont que trop communs aussi. Les erreurs de théorie sont souvent, d'ailleurs, la conséquence pure et simple des erreurs de fait. Celui-ci se trompe, parce qu'il conclut du *particu-*

(1) Il n'est pas jusqu'à des phénomènes de simple *inspection* où l'erreur ne se fasse jour. Tel qui nie l'existence d'une voussure de la région précordiale dans une maladie où d'autres l'ont reconnue, en conviendra plus tard, quand il aura *vu* et *mesuré* plus souvent.

lier au *général*, sans avoir suffisamment apprécié toutes les conditions du problème qu'il avait à décider : c'est ce que nous verrons plus loin en parlant de la durée et du traitement des maladies (nous en avons même déjà dit quelque chose précédemment). Celui-là conclut du *simple* au *composé*, et réciproquement. Un autre, grâce aux mots à double entente dont la langue médicale est remplie, se joue, en quelque sorte du sens commun lui-même, en appliquant les mêmes conclusions aux objets essentiellement différents qui peuvent être désignés sous une seule et même dénomination.

De toutes les erreurs de théorie qui infestent la médecine, les plus communes proviennent de ce que les raisonnements partent d'un *faux* principe, d'une donnée *fausse*. Vainement toutes les opérations de l'esprit de raisonnement auront été faites selon les règles et les formes voulues, le résultat sera nécessairement entaché de fausseté, par cela même qu'elles se sont exercées sur un principe faux. Or, de même que les mathématiciens qui arrivent à un résultat absurde, à la suite d'opérations exactes, remontent à l'énoncé de la question résolue, y trouvent la cause du résultat, et la font disparaître, de même aussi, lorsqu'en médecine, après une suite de raisonnements exacts, on arrive à un résultat absurde, il faut remonter au principe dont on est parti, et pour ainsi dire, à l'*énoncé* du problème, et en reconnaître le vice. Cela fait, on verra bientôt que le résultat, absurde en apparence, satisfait complètement à la question dont l'énoncé a été modifié.

Je suppose, par exemple, qu'on ait donné à résoudre la question suivante : « Combien de malades guérira-t-on de plus par la Méthode des toniques ou des purgatifs, que par la Méthode dite antiphlogistique ? » La question, ainsi posée, suppose que réellement on guérit plus de malades par la première que par la seconde méthode. Or, en *raisonnant*, en *calculant* d'après cette donnée, si l'on arrive à trouver constamment des résultats qui lui soient contradictoires, on sera forcé de remonter à l'énoncé du problème, et à reconnaître qu'il aurait fallu le proposer en ces termes :

« Combien de malades *perdra-t-on* de plus par la Méthode des toniques ou des purgatifs, que par la Méthode dite antiphlogistique ? » Pour qu'on soit forcé à faire une pareille modification, il faut qu'on ne puisse pas concevoir ou expliquer autrement le résultat contradictoire indiqué ci-dessus. Mais comme en médecine, les conditions ou les causes des résultats sont presque toujours multiples, au lieu de trouver *faux* le principe dont on est parti, et de le modifier, on ira chercher dans une foule de circonstances étrangères les raisons de l'*apparente* absurdité à laquelle on est arrivé. Or, si cette absurdité n'est pas seulement apparente, mais bien réelle, à quelles graves conséquences n'aura pas conduit l'erreur théorique dont il s'agit ?

Et qu'on ne croie pas que le mode d'argumentation que nous supposons ici, soit purement imaginaire. En voici un exemple, tiré des *Leçons* de M. Chomel, sur la fièvre typhoïde : il s'agit de la supériorité des chlorures sur tous les autres modes de traitement. Pour bien comprendre le passage suivant, il faut savoir qu'à l'époque où l'ouvrage de M. Chomel a paru (1834), on avait publié, depuis quelques années, divers résumés cliniques, constatant que l'emploi mieux dirigé des émissions sanguines, avait très-notablement abaissé le chiffre de la mortalité dans cette maladie.

« Si l'on objectait, dit M. Chomel, qu'en suivant la méthode de traitement ordinaire, ou en insistant plus que nous ne l'avons fait sur les antiphlogistiques, quelques médecins auraient obtenu, sans employer les chlorures, des résultats beaucoup plus avantageux, nous répondrions que cette différence peut tenir, soit à l'intensité moins grande de la maladie, comme cela a lieu pour les sujets qu'on envoie dans les hôpitaux éloignés du bureau central d'admission, soit à ce qu'on a compris sous le nom de fièvre typhoïde, des maladies auxquelles nous ne donnerions pas ce nom. Nous ne pensons pas qu'on puisse attribuer au traitement ces différences de mortalité ; car le traitement employé dans ces hôpitaux, ou ne diffère pas sensiblement de celui que nous avons appelé rationnel, ou bien il n'en diffère que par des saignées un peu plus abondantes ; et cette modification, comme l'ont prouvé les observations publiées par M. Louis, est loin d'exercer une influence salutaire sur le cours de l'affection typhoïde. » (*Ouv. cit.*, page 5.)

Fondé sur l'argumentation qui précède, M. Chomel conclut qu'il continuera à expérimenter les chlorures.

On le voit, je ne pouvais citer un exemple plus frappant du mode de raisonnement dont il sagissait tout-à-l'heure. Mon intention n'est point de discuter, pour le moment, la valeur des données sur lesquelles M. Chomel à raisonné. Ce qu'il y a de certain, c'est que pour concevoir ou expliquer les résultats plus avantageux obtenus par d'autres, il n'a point pensé qu'il fallut invoquer la donnée d'une méthode différente de celle qu'il suit, mais peut-être l'intensité moindre de la maladie, et les autres *raisons* indiquées plus haut.

Il n'est pas rare de rencontrer de longues discussions qui ne sont réellement qu'un tissu de faux rapprochements, de faux principes, employés, soit à soutenir une opinion erronée, soit à combattre une opinion vraie. Parcourez, par exemple, certaines discussions dont les *fièvres essentielles* ont été le sujet, surtout depuis la grande révolution pyrétologique dont M. Broussais est le promo-

teur, et vous y trouverez la plus complète justification de ce qui vient d'être dit.

Prenons pour sujet de ces discussions la nature de la fièvre ou affection typhoïde, qui représente toutes les fièvres *essentielles* de Pinel, selon l'opinion de quelques anciens partisans *de l'essentialité* de ces maladies. « Ces affections, si diverses dans leur apparence, nous dirions volontiers dans leur écorce, sont, au fond, et dans leur nature, des maladies identiques, et ne constituent qu'une seule affection, se montrant, suivant les circonstances, sous des formes variées. L'affection typhoïde occupera donc, en nosologie, un rang d'une grande importance, puisqu'elle remplace, presque à elle seule, une classe entière de maladies (1). » Pour combattre les nouvelles idées sur la *localisation* et le véritable point de départ de ces maladies, on a eu recours à la discussion suivante, qui me paraît essentiellement vicieuse.

« Le premier groupe des lésions anatomiques, constatées chez les sujets qui succombent à la maladie typhoïde, comprend les lésions que l'on rencontre à peu près constamment dans cette affection, et qui n'existent dans aucune autre; elles occupent particulièrement les follicules intestinaux et les ganglions mésentériques. Le second groupe comprend les lésions accidentelles, comme les phlegmasies des membranes muqueuses et de quelques organes parenchymateux... Et on les rencontre tous les jours chez des sujets qui n'ont point offert tous les symptômes de l'affection typhoïde.

» Aussi, aucun médecin observateur, aucun homme versé dans l'anatomie pathologique, ne regarde-t-il aujourd'hui la maladie qui nous occupe, comme une gastrite ou une gastro-entérite. Il est maintenant aussi clair que la lumière que ce n'est pas dans la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins, que réside l'altération anatomique de cette affection....

» Examinons si l'affection typhoïde consiste en une inflammation des follicules intestinaux.

» Pour résoudre convenablement cette question, il convient d'examiner successivement plusieurs points : 1° la lésion des follicules intestinaux est-elle de nature inflammatoire? 2° La gravité de la lésion est-elle généralement proportionnée avec la gravité des symptômes? 3° Cette lésion est-elle constante? 4° Cette inflammation, lorsqu'elle existe, est-elle primitive ou secondaire?

» 1° La lésion des follicules intestinaux offre les caractères évidents d'une inflammation.

» 2° Il est démontré que, dans un grand nombre de cas, il n'y a pas proportion entre la gravité de la maladie, et celle des lésions anatomiques.

» 3° Dans quelques cas, fort rares à la vérité, mais d'une authenticité que personne ne contestera, la lésion des follicules intestinaux a manqué (1).

» 4° L'inflammation des follicules intestinaux appartient, comme la plupart des inflammations disséminées (2), aux inflammations secondaires;

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde*, par M. Chomel, page 2. — 1834.

(1) « Plusieurs observations rapportées, soit par M. Louis, soit par M. Andral, démontrent que, dans quelques cas, où pendant la vie les symptômes avaient été exactement ceux qu'on observe dans la maladie typhoïde, l'ouverture des corps faite par les hommes les plus versés dans ce genre de recherches, n'a présenté dans le conduit intestinal aucune des altérations propres à cette affection, ni aucune autre lésion à laquelle les symptômes pussent être rattachés; ajoutez à cette considération que si, comme nous l'avons vu, quelques sujets qui succombent n'ont qu'un petit nombre de plaques affectées, *n'en ont que deux, qu'une seule, qu'une* portion même d'une seule plaque, cette décroissance progressive dans l'étendue de la lésion diminue manifestement l'importance qu'on lui a donnée et conduit par degré à l'absence de toute lésion de ce genre... Son absence doit-elle suffire pour enlever à la maladie son caractère, et en faire une affection indéterminée qui différera de toutes les maladies renfermées dans les cadres nosologiques et sera semblable en tous points, un seul excepté, à la fièvre typhoïde? je ne le pense pas; et quelque grave que soit pour moi l'opinion de M. Louis, je ne puis pas la partager sur ce point. » (M. Chomel, *Ouv. cit.*, pages 528, 529.)

(2) L'auteur de la discussion ci-dessus a fait sur ce qu'il appelle les inflammations disséminées, une théorie que je ne puis rapporter ici qu'en abrégé. Suivant lui, « une phlegmasie est secondaire, lorsque l'observation conduit à admettre chez le sujet qui en est atteint, une condition morbide dont cette phlegmasie est la conséquence, et elle est primitive, lorsqu'à elle seule elle constitue toute la maladie. » Pour *expliquer* sa doctrine, il cite l'exemple d'une *ophthalmie* proprement dite « qui cesse après quinze jours de durée, et l'exemple d'une autre ophthalmie qui apparaît comme l'expression d'une condition morbide, désignée sous le nom de fièvre intermittente anomale ou larvée. » La première est une inflammation *primitive*, la seconde une inflammation *secondaire*. Je doute que cette explication soit assez lumineuse pour satisfaire tout le monde. Quoiqu'il en soit, l'auteur rapproche ensuite, sous le titre de phlegmasies « disséminées, la rougeole, la variole, la scarlatine, l'urticaire, le pemphigus, le zona, la varicelle, les aphthes, l'éruption des furoncles, les phlegmasies rhumatismales, les inflammations variées produites par la peste d'Orient (*bubons*, *anthrax*), par la syphilis (*bubons, blennorrhagie, ophthalmie, pustules des membranes muqueuses et de la peau*), les abcès métastatiques qui succèdent aux blessures, aux grandes opérations chirurgicales, ou surviennent après l'accouchement ou à la suite de la variole. »

Il y a là des maladies, sans doute, un peu étonnées de se trouver ensemble, et qui assurément ne s'attendaient guère à fournir la base d'une argumentation dont la conclusion est que « tout porte à croire que l'inflammation des

elle peut être comparée, quant à sa *valeur pathogénique*, non pas même aux pustules dans la variole, car ici il y a toujours proportion entre le nombre des pustules et la gravité de la maladie (1), mais plutôt au bubon dans la peste d'Orient.

» Concluons de là que l'affection typhoïde ne consiste pas dans l'inflammation des follicules intestinaux.

» Si donc la maladie typhoïde ne consiste pas dans l'inflammation des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques correspondants; si cette inflammation est secondaire, quelle est la lésion primitive qui préside au développement de cette inflammation et de tous les autres symptômes, et qui constitue l'essence de la maladie?

» Bien que le sang et les autres liquides n'offrent pas, dans cette maladie, d'altérations appréciables qui lui soient propres, néanmoins, si l'on considère l'analogie qui existe entre les phénomènes connus de la fièvre typhoïde et ceux de quelques autres maladies, dans lesquelles il y a manifestement infection des liquides, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, la peste d'Orient, et surtout le typhus contagieux, on est conduit à supposer aussi quelque analogie dans la nature intime de ces affections. »

La discussion précédente est extraite, à peu près mot pour mot, d'un ouvrage récent sur la fièvre typhoïde, déjà cité plusieurs fois. Elle est très spécieuse, au premier abord, et conduite avec tant d'art, qu'elle a dû nécessairement, malgré les contradictions dont elle est semée, malgré la fragilité de la plupart de ses principes fondamentaux, séduire un certain nombre de lecteurs. Essayons, dans l'unique intérêt de la vérité, de faire ressortir les principaux vices de cette captieuse argumentation, de cette dialectique ingénieuse.

Premier vice. De ce que l'inflammation occupe les glandes ou les follicules de l'intestin, on en conclut « qu'aucun médecin observateur ne regarde aujourd'hui la fièvre typhoïde comme une gastro-entérite, qu'il est aussi clair que la lumière que ce n'est pas dans la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins que réside l'altération anatomique qui est caractéristique de cette affection. » Or, autant vaudrait dire que les follicules de la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin ne résident pas dans cette membrane muqueuse. Car, s'ils y résident, il est *aussi clair que la lumière* qu'on ne peut pas dire ainsi, d'une manière formelle, que leur altération n'y réside pas. Tout ce qu'on peut dire, c'est que l'élément folliculeux ou glanduleux qui concourt à la composition de cette membrane en est le siége principal, et M. Chomel sait très-bien que telle est l'opinion de ceux qu'il prétend combattre, puisqu'il dit que *ce fait a conduit plusieurs partisans de la doctrine physiologique à désigner cette affection sous le nom d'entérite folliculeuse*, dénomination qui lui paraît *inexacte*.

Second vice. M. Chomel établit ici que l'altération des follicules est *caractéristique* de l'affection typhoïde, et plus bas, il établit que, dans quelques cas, *la lésion des follicules a manqué*. On demande comment cette lésion a pu être *caractéristique* de la maladie typhoïde dans les cas *authentiques*, dit-on, où elle a manqué. Je ne connais aucun principe de logique qui puisse autoriser à considérer comme *caractéristique* d'une maladie une lésion qui peut manquer, sans que néanmoins la maladie, dont elle est caractéristique ait manqué elle-même. En suivant une méthode logique de cette espèce, il est évident qu'on devrait dire, pour faire pendant à la proposition précédente, que la lésion *caractéristique* de la maladie peut exister, sans que les symptômes existent ou ce qui est la même chose que la maladie peut *manquer*, bien que la lésion *caractéristique ne manque pas*. Or, par une contradiction dont j'ignore la cause, M. Chomel déclare positivement « qu'il n'existe pas un seul exemple authentique de cette lésion chez un sujet qui n'aurait pas offert les symptômes de la fièvre typhoïde.» (Ouv. cit., page 537.)

Mais laissons cette contradiction de côté et poursuivons.

Troisième vice. M. Chomel s'appuie de l'autorité de MM. Louis et Andral pour avancer que, « dans quelques cas, fort rares à la vérité, mais d'une au-

follicules intestinaux, par cela seul qu'elle est disséminée, n'est aussi qu'un des phénomènes secondaires de la maladie, qu'elle ne constitue pas le phénomène primitif, le point de départ de tous les symptômes. » (*Ouv. cit.*, page 536.)

Certes, on aurait prévu difficilement la conclusion à laquelle l'auteur est arrivé, d'après la considération de la circonstance qu'il désigne sous le nom de *dissémination des phlegmasies*. Produisez donc des phlegmasies disséminées de la peau avec l'émétique, l'huile de croton tiglium, etc.; produisez une phlegmasie disséminée du tube digestif avec l'émétique à haute dose long-temps continué, et vous en conclurez que ces phlegmasies sont *secondaires*. Logique vraiment admirable !

(1) L'auteur de la discussion ci-dessus dit ailleurs (*ouv. cit.*, pages 534, 535) que « l'absence d'éruption cutanée, dans quelques cas d'infection variolique, morbilleuse ou scarlatineuse (*variolæ sine variolis, scarlatina sine scarlatina, morbilli sine morbillis*), marque nettement la place de l'éruption et l'erreur des nosologistes qui avaient classé ces maladies parmi les phlegmasies cutanées. A la bonne heure; mais j'avoue que j'ai peine à comprendre comment d'une part, dans la *variole sans variole*, il y a, selon notre auteur, toujours proportion entre le nombre des pustules et la gravité de la maladie, et d'autre part comment dans les cas de *variole avec variole*, la proportion indiquée existe toujours, tandis qu'il n'en est pas de même, dans l'éruption et pour ainsi dire dans la *variole intestinale*.

thenticité que personne ne contestera, la lésion des follicules a manqué. »

Mais il faut savoir, ainsi que M. Chomel en convient plus loin, que M. Louis n'a pas regardé comme des cas de véritable fièvre typhoïde ceux dans lesquels a manqué la lésion des plaques de Peyer. Après avoir rapporté *trois* observations *dans lesquelles la plupart des symptômes de l'affection typhoïde ont eu lieu, sans altération spéciale des plaques de l'iléum*, M. Louis termine ainsi : « quand il serait démontré que les plaques elliptiques n'ont pas été altérées, ce fait ne diminuerait en rien la CERTITUDE des caractères anatomiques attribués à l'affection typhoïde, ne prouverait NULLEMENT qu'elle est indépendante de l'altération des cryptes agminées de Peyer.... Si un individu venant à succomber à une affection prise pour une péripneumonie, on n'en trouvait aucune trace à l'ouverture du corps, on ne soutiendrait pas, contre le témoignage des organes, que le sujet à éprouvé une péripneumonie; on dirait que cette maladie a été simulée, que la véritable a été masquée (1); on n'en conclurait rien contre les caractères anatomiques de la péripneumonie. Ce qu'on ferait pour cette affection, il faut le faire pour celle qui nous occupe spécialement, sans quoi ce serait avoir deux mesures, et substituer le caprice à la raison. » (M. Louis, *Recherches sur l'affection typhoïde*, t. II, page 433.)

D'après ces très-judicieuses réflexions de M. Louis, on voit que M. Chomel s'est, peut-être, un peu trop avancé, quand il a dit que : des *observations* rapportées par M. Louis démontrent que dans des cas, où pendant la vie les symptômes avaient été *exactement* ceux de la fièvre typhoïde, l'ouverture du corps n'a présenté aucune altération des follicules intestinaux. M. Louis n'a point dit que, dans les cas dont il s'agit, les symptômes avaient été *exactement* ceux de la fièvre typhoïde ; il s'est borné à rapporter des cas dans lesquels la *plupart des symptômes seulement avaient lieu*, etc.

M. Chomel ne pense pas, avec M. Louis, que l'altération des plaques de Peyer soit la condition *sine quâ non* de la fièvre typhoïde, comme les tubercules sont le caractère anatomique *essentiel* de la phthisie proprement dite. Voilà tout. Mais encore une fois, les observations de M. Louis ne sont rien moins que favorables à l'opinion du premier de ces médecins, et l'on ne pourrait s'en servir « pour prouver que la fièvre typhoïde est indépendante de l'altération des plaques de l'iléum, sans avoir deux mesures et substituer le caprice à la raison. »

Venons maintenant au témoignage de M. Andral.

Les observations de ce savant professeur ne me paraissent point déposer non plus en faveur de la doctrine de M. Chomel. En effet, il est bien vrai que M. Andral a rapporté des cas de *fièvres continues sans lésion appréciable du tube digestif*, mais dans ces cas il existait, soit *un érysipèle phlegmoneux du bras, terminé ou non par gangrène* (*obs.* XLVI et XLVII), soit une *maladie des voies urinaires*, soit un *abcès dans la prostate et dans le tissu cellulaire inter-musculaire* (*obs.* XLVIII et XLIX), soit une *pneumonie latente* (*obs.* L), soit *des escharres et un ramollissement de la rate, des escharres et une transformation de la substance du cerveau en matière gélatineuse* (*obs.* LI et LII), soit *une gangrène de la plèvre avec pus dans les veines, abcès dans les poumons, mollesse de la rate* (*obs.* LIII.)

Il est clair comme le jour que ces observations de M. Andral, conformes à celles que j'ai rapportées moi-même dans le *Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles*, ne sont nullement de la catégorie de celles invoquées par M. Chomel, et qu'elles prouvent uniquement que le point de départ des phénomènes *dits typhoïdes et ataxiques*, n'est pas nécessairement dans le tube digestif. Mais dans les cas dont il s'agit, les phénomènes n'ont pas été *exactement* ce qu'ils auraient été, si les plaques de Peyer eussent été gonflées, ulcérées, etc., et M. Andral a bien le soin de déclarer que : « toutes les fois qu'après avoir observé les deux groupes morbides désignés par les nosographes sous le nom de fièvre bilieuse et muqueuse, il a pu examiner sur le cadavre l'état des organes, il a rencontré dans les voies digestives des lésions qui lui ont rendu compte des symptômes observés pendant la vie. » (*Cliniq. médic.*, page 252 ; 2e édit.)

En résumé, les observations de MM. Andral et Louis n'autorisent point à poser en fait que dans « une seule et même maladie, l'altération des follicules intestinaux peut, tour-à-tour, exister ou être absente (même avec cette restriction que les cas où elle est absente sont fort rares). Par conséquent, l'argument de M. Chomel est radicalement inexact. On nous pardonnera la longueur de cette réfutation, en considérant que l'autorité de MM. Andral et Louis est trop grave, pour qu'on ne doive pas s'appliquer de toutes ses forces à prouver qu'elle n'est point favorable à une assertion aussi fondamentale que celle avancée par M. Chomel.

Il suffit à notre objet d'avoir montré en quoi péchait foncièrement la discussion que nous avions choisie pour exemple d'erreur en matière d'argumentation. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer nos propres idées sur la nature de la maladie *vaguement*

(1) Il serait bien plus simple de dire qu'on s'est trompé. Nous pourrions rappeler ici des exemples de semblables erreurs. On a vu quelquefois une pleuro-pneumonie, une méningite, un ramollissement du cerveau être pris pour une *fièvre typhoïde*, et dès-lors, il ne faut pas s'étonner si, à l'ouverture du cadavre, la lésion *caractéristique* de la fièvre typhoïde a manqué.

désignée sous le nom de fièvre ou d'affection typhoïde. Aussi bien, nous les avons développées soit dans le *Traité des fièvres*, soit dans l'article *fièvres du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, soit dans une foule d'articles du *Journal hebdomadaire*.

Si ce que nous venons de dire ici peut engager nos jeunes lecteurs à bien examiner, à bien peser toutes les discussions avant d'en adopter les conclusions, nous aurons rempli le but que nous nous étions proposé (1).

Ceci nous conduit assez naturellement à dire quelques mots de l'influence de certaines dispositions morales sur nos opinions et nos jugements.

ARTICLE VI.

Quelques mots sur les dispositions morales favorables ou contraires à la recherche de la vérité.

On présume aisément que notre intention n'est pas de rédiger ici un code complet de morale à l'usage de ceux qui aspirent à l'honneur de se signaler dans la carrière de la médecine. Cependant, comme l'état moral des hommes exerce un puissant empire sur leurs facultés intellectuelles, on peut, on doit, sans s'ériger en moraliste, étudier sous ce nouveau point de vue la philosophie médicale.

Dans une science pratique telle que la médecine, qui tient pour ainsi dire entre ses mains la santé et la vie des hommes, la première condition pour en aborder le sanctuaire, c'est assurément la probité, et le médecin vraiment digne de ce nom doit être défini ainsi : *Vir probus, medendi peritus*. Un grand nombre de qualités morales se trouvent comprises sous cette expression générique de probité : telles sont, la bonne foi, la franchise, la sincérité, la justice, l'amour de ses semblables ou la charité, le désintéressement, etc., etc. Oui, c'est dans le cœur du vrai médecin que la bonne foi, la franchise, la sincérité devraient se réfugier, si elles étaient exilées de la terre. L'Hippocrate anglais, l'immortel Sydenham, était bien convaincu de cette vérité, lorsque, dans son langage énergique, il a dit que s'il ne se conduisait pas avec franchise et sincérité, il se montrerait homicide, même après sa mort : « Res ipsa etenim brevi loquetur, an fideliter et sincero animo hic egerim, an è contra ad instar sceleratissimi hominis morumque profligatissimorum, homicidam me præstiterim, vel in terra defossus. » (*Præf.* page 16, édit. noviss. MDXXVI.)

Les mauvaises passions, dans les sciences d'observation et de raisonnement, ne sont pas seulement condamnables en elles-mêmes, mais elles ont l'immense inconvénient d'entraîner l'observateur dans les plus graves erreurs, et c'est particulièrement sous ce rapport que nous devons les étudier ici.

Sans doute, comme nous l'avons dit précédemment, il est pour l'observateur en général, et pour le médecin observateur en particulier, une vocation, comme il en est une pour le poète. Quiconque n'est pas né pour ainsi dire sous l'astre de l'observation, en d'autres termes, quiconque n'a pas reçu de la nature cette heureuse organisation, en vertu de laquelle il peut déployer, à un haut degré, ce précieux assemblage de facultés intellectuelles dont nous avons parlé plus haut, ne se distinguera jamais par de grandes découvertes. Mais, ce n'est là que la moitié d'un observateur accompli. En effet, fût-on doué d'une haute intelligence et de sens délicats, si l'on ne savait se préserver de ces mauvaises dispositions, de ces malheureuses passions que l'on connaît sous le nom d'orgueil, d'amour-propre, de prévention, d'esprit de parti, de jalousie, d'envie, de fanatisme, etc., on serait souvent plus nuisible qu'utile au vrai progrès de la science. On l'a dit depuis bien long-temps, et l'on ne saurait trop le redire : pour bien observer, bien juger, bien raisonner il faut être dégagé de toute prévention et de tout intérêt autre que celui de la vérité. Les préventions sont comme des verres qui grossissent ou rapetissent les objets, suivant les cas, ou bien encore comme des prismes qui altèrent la couleur de ces mêmes objets. Un esprit trop exalté peut éprouver des illusions, de véritables hallucinations en matière d'observation, et porter irrésistiblement ensuite les jugements les plus faux. Telle passion nous rend une opinion bien plus vraisemblable, bien plus certaine qu'elle ne l'est réellement, et telle autre passion produira un effet tout opposé : « Nous établirons enfin comme principe de psycologie, dit Laplace, l'exagération des probabilités par les passions. La chose que l'on craint ou que l'on désire

(1) Je ne saurais mieux terminer cet article qu'en rapportant ici le passage suivant de Condillac : « De suppositions fausses en suppositions fausses, nous nous sommes égarés par une multitude d'erreurs, et ces erreurs étant devenues des préjugés, nous les avons prises, par cette raison, pour des principes ; nous nous sommes donc égarés de plus en plus : alors nous n'avons su raisonner que d'après les mauvaises habitudes que nous avions contractées. L'art d'abuser des mots sans les bien entendre a été pour nous l'art de raisonner. Quand les choses sont parvenues à ce point, quand les erreurs se sont ainsi accumulées, il n'y a qu'un moyen de remettre l'ordre dans la faculté de penser, c'est d'oublier tout ce que nous avons appris...., et de refaire, comme dit Bacon, l'entendement humain. Ce moyen est d'autant plus difficile qu'on se croit plus instruit. Aussi des ouvrages où les sciences seraient traitées avec beaucoup de netteté, une grande précision, un grand ordre ne seraient-ils pas à la portée de tout le monde : ceux qui n'auraient rien étudié les entendraient mieux que ceux qui ont fait de grandes études, et surtout que ceux qui ont écrit beaucoup sur les sciences. »

vivement, nous semble par cela même plus probable; son image fortement retracée dans le sensorium, affaiblit l'impression des probabilités contraires, et quelquefois les efface au point de faire croire la chose arrivée. La réflexion et le temps, en diminuant la vivacité de ces sentiments, rendent à l'esprit le calme nécessaire pour bien apprécier la probabilité des choses. » Ailleurs, le même auteur dit : « L'esprit a ses illusions, comme le sens de la vue; et de même que le toucher corrige celle-ci, la réflexion et le calcul corrigent les premières. »

En résumé, tout homme préoccupé d'une passion autre que l'amour de la vérité, ne possédera pas cette attention infatigable que réclame l'emploi des rigoureuses méthodes d'observation, et sans laquelle la juste appréciation de toutes les conditions dont les questions médicales sont environnées deviendrait impossible. Comment espérer surtout qu'un homme aveuglé par l'orgueil, l'envie ou la jalousie rendra justice aux découvertes de ceux qui parcourent avec lui la vaste et féconde carrière de la médecine? Et cependant, dans une science immense comme la nôtre, où tant d'hommes, s'ils sont heureusement organisés et amis du travail, peuvent, en exploitant cette science, en sens divers, faire une collection plus ou moins riche de vérités nouvelles, ne faut-il pas se rendre réciproquement justice et ne voir dans les autres que des rivaux à égaler ou à surpasser, mais non des ennemis à haïr?

Au reste, il est généralement assez rare de voir les hommes d'un véritable génie manquer du sentiment de justice, comme s'ils avaient trop d'intérêt à ce que les autres soient justes à leur égard pour ne pas l'être eux-mêmes envers les autres. Quoiqu'il en soit, l'homme qui aurait à se plaindre de la justice des autres, n'en doit pas moins être juste envers eux. Il ne doit pas, d'ailleurs, se laisser abattre par les attaques en tout genre dont ses découvertes pourraient être l'objet. Qu'il suive, au contraire, cette noble maxime de Sydenham : « si qui reperiantur, qui vitio statim vertant, si quis novi aliquid, ab illis non prius dictum vel etiam inauditum, in medium proferat, hujus modi ego homines æquo me animo laturum spero. » (*Opera. med.*, tome 1er, page 4.)

TROISIÈME PARTIE.

DES GÉNÉRALITÉS DE LA CLINIQUE MÉDICALE,

DIVISION DU SUJET.

Dans la seconde partie de cet ouvrage, nous avons abordé les questions les plus abstraites de la médecine; nous avons essayé de remonter jusqu'aux premiers fondements de cette science; nous avons discuté les principes mêmes de sa constitution. Il résulte clairement de nos considérations que la médecine n'est point une science *simple*, mais qu'elle est, au contraire, un immense composé de faits dont plusieurs se rattachent à ceux de la mécanique, de la physique, de la chimie, etc.; d'où il suit que sous ce point de vue, la *philosophie* de la médecine se confond, en quelque sorte, avec celle des sciences que nous venons de nommer. Quant aux faits de l'ordre *psycologique* ou *métaphysique* qui appartiennent *exclusivement* à cette science nous avons reconnu, avec Bichat et la plupart des autres physiologistes, qu'ils supposaient, en effet, une ou plusieurs causes *premières* spéciales, mais dont la nature se dérobe à l'expérience directe, ainsi que la nature de toute autre cause première. Toutefois, nous avons reconnu en même temps que les phénomènes de l'ordre dont il s'agit, étaient subordonnés à des conditions organiques, dont l'étude rentrait dans la sphère des sciences dites naturelles et expérimentales.

Cela posé sur la *nature* même de la médecine et sur les divers moyens dont elle se sert pour l'acquisition de ses faits et de ses théories en général, il nous faut maintenant faire l'application des principes que nous avons développés aux différentes branches de la science de l'homme malade. Or, quelles sont ces différentes branches de la médecine ?

Pour répondre à cette question, il nous suffira de présenter une définition aussi exacte que possible de la médecine en général et de la clinique médicale en particulier.

Qu'est-ce donc que la médecine ?

La médecine est la science des maladies, c'est-à-dire des lésions quelconques survenues dans les conditions mécaniques, physiques, chimiques que le corps humain possède en commun avec les autres corps, et dans les conditions *vitales* qui lui sont propres. Or, pour avoir une connaissance complète de ces lésions, il faut les étudier sous les points de vue de leurs causes, de leur nature, des signes qui les annoncent, des moyens curatifs, etc.. On conçoit que l'on peut, par une sorte d'abstraction, étudier isolément et *à part*, chacun de ces divers points de vue de la science des maladies.. Voilà comment l'arbre de la médecine se divise en plusieurs branches, comment le corps de la médecine se partage en plusieurs membres. Il est évident, d'ailleurs, que la plus étroite connexion existe entre les diverses parties dont se compose la science des maladies et qu'elles se prêtent toutes des secours mutuels.

Qu'est-ce maintenant que la clinique médicale ?

La clinique médicale peut être considérée, soit comme science, soit comme mode d'enseignement de la médecine. Sous le premier rapport, c'est-à-dire, en tant que science, la clinique médicale ne saurait être autre chose que la médecine elle-même, et dès lors sa définition rentre dans celle que nous venons de donner; sous le second rapport, c'est-à-dire en tant que mode d'enseignement, la clinique médicale, comme son nom l'indique, est la *médecine enseignée au lit des malades*. Ce mode d'enseignement est le seul propre à faire de véritables médecins ou des praticiens. C'est la méthode expérimentale appliquée à l'enseignement de la médecine, c'est-à-dire à la *physiologie de l'homme malade*.

Je ne m'occuperai dans cette troisième partie que des généralités de la *clinique médicale*, en tant que science (1) et non en tant que mode d'enseignement de la médecine.

(1) Ainsi que nous l'avons dit plus haut, sous ce point de vue le mot clinique médicale est tout-à-fait synonyme de *médecine*. Il n'y a point, il n'y a jamais eu de médecine qui n'ait été de la médecine clinique, puisque l'observation est la source des connaissances de cette science et que l'observation médicale est faite en tout temps *au lit des*

Les généralités que je me propose d'exposer dans cette troisième partie rouleront : 1° sur *les causes, la nature et la classification philosophique des maladies ;* 2° sur *leur siége, leur étendue et leurs caractères anatomiques ;* 3° sur *leurs symptômes et leur diagnostic;* 4° sur *leur durée, leur marche, leur type, leurs terminaisons;* 5° sur *leur pronostic;* 6° sur *leur traitement* (1).

CHAPITRE PREMIER.

GÉNÉRALITÉS SUR L'ÉTIOLOGIE OU SUR LES CAUSES PATHOGÉNIQUES ET PAR SUITE SUR LA NATURE INTIME ET LA CLASSIFICATION DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Des causes des maladies.

Ceux qui ont admis des maladies *spontanées*, ont, il faut le dire, commis une grande absurdité. Car, quelle plus grande absurdité que d'admettre un *effet sans cause* ? L'exercice de l'*esprit* de *causalité* en médecine est, j'en conviens, souvent en défaut (2). Mais de ce que la cause d'une maladie nous échappe, en conclure que cette maladie est *spontanée*, serait, encore une fois, une flagrante absurdité. « Il est évident, dit Laplace, « qu'une chose ne peut pas commencer d'être, sans une cause qui la produise. Cet axiôme connu sous le nom de principe de la raison suffisante, s'étend à tout. »

Les causes qui président au développement des diverses maladies sont aussi constantes dans leurs effets, que celles qui régissent les phénomènes physiques les plus simples. Mais comme plusieurs causes peuvent se combiner pour produire un seul et même effet morbide, comme les conditions au milieu desquelles elles agissent sont infiniment variables, comme l'appréciation rigoureuse de ces causes et de ces conditions est très-difficile et souvent même impossible, il s'ensuit que les faits ou les phénomènes étiologiques ne sont pas soumis à des lois aussi précises que plusieurs phénomènes de la physique ordinaire, et que si l'on voulait leur appliquer le calcul, il faudrait, en général, n'employer que la méthode connue sous le nom de *calcul des probabilités.* L'apparition des maladies, sous l'influence de telle ou telle cause est, j'en conviens, réglée d'une manière aussi formelle, j'ai presque dit aussi fatale, que la succession des saisons. Mais encore une fois, nous manquons souvent de données claires et précises sur les causes de quelques maladies, et, dans ce cas, la probabilité est relative en partie à notre ignorance, en partie à nos connaissances sur les causes dont il s'agit.

Ce qu'il y a de bien positif, c'est que tels sont les rapports de *cause à effet*, qui existent entre certaines conditions extérieures, soit atmosphériques, soit autres, et certaines maladies, que les grands observateurs, tels que Hippocrate, Sydenham, Stoll, etc., nous ont appris à prévoir, jusqu'à un certain point, ces dernières (1).

Si j'insiste un peu sur ces principes, c'est que, de nos jours, on voit des hommes qui exercent une grande influence sur l'éducation médicale, professer que les causes des maladies les plus vulgaires nous sont complètement inconnues, et même donner le nom de *spontanées* à ces maladies. Mais passons à des questions moins générales.

Les diverses causes des maladies doivent être recherchées, non-seulement dans les modifications des nombreux agents physiques qui nous environnent de toutes parts, mais aussi dans certaines circonstances morales, c'est-à-dire dans toutes les *choses* qui sont l'objet de l'hygiène.

Il est évident que pour parvenir à la détermination rigoureuse des causes morbides, extérieures ou physiques, il faut autant que possible recourir aux méthodes et aux instruments d'observation employés dans les sciences dites exactes. Ainsi, par exemple, pour apprécier l'influence de l'air atmosphérique dans la production des maladies, on ne peut se passer aujourd'hui de l'usage du baromètre, de l'hygromètre, du thermomètre, de l'eudiomètre, de l'électromètre, etc. Malheureusement, les méthodes de la physique et de la chimie ne sont pas encore assez exactes, et ne le seront peut-être jamais assez, pour nous faire saisir toutes les causes morbifiques dont l'atmosphère peut être le foyer, telles que celles de la variole, de la rougeole,

malades. Si donc l'on a proposé le mot clinique médicale, c'est pour exprimer un nouveau mode d'enseignement de la médecine, et non pour indiquer une nouvelle science.

(1) Dans la dissertation dont cet essai n'est que le développement, j'avais consacré un chapitre spécial à la *nomenclature médicale.* Si je ne m'en suis pas occupé dans cette édition, c'est que la matière m'a paru comporter de trop longues considérations, et mériter qu'on la traitât dans un travail spécial.

(2) Ce n'est pas seulement en médecine qu'il est souvent difficile de connaître les causes des choses. Heureux celui qui peut vaincre ces difficultés : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas !*

(1) Sous ce point de vue, la médecine tend à se rapprocher des sciences les plus exactes, où l'on juge des choses actuelles par les choses passées et des choses à venir par les choses actuelles. « En mécanique, en géométrie et dans quelques autres objets de ses connaissances, l'esprit humain, dit Laplace, est parvenu à ramener à des lois générales, les phénomènes observés, et à prévoir ceux que des circonstances données doivent faire éclore..... »

du choléra, etc. (1). On pourrait dire que, dans ces cas, le corps humain constitue lui-même un instrument plus délicat, plus sensible que ceux de l'art, puisque les maladies qu'il éprouve n'attestent que trop la présence de conditions qui se dérobent aux expériences physicochimiques (2).

La connaissance des causes des maladies, comme toute autre connaissance, se perfectionne, d'ailleurs, d'époque en époque. Voici un remarquable exemple de ce genre de progrès. A l'époque où Corvisart publia son *Essai sur les maladies du cœur*, il ignorait l'influence de certaines conditions atmosphériques sur les maladies du cœur, tandis que rien n'est mieux démontré aujourd'hui que cette influence. Voici ce qu'il dit: « Le cœur, dans la région qu'il occupe, est à l'abri de toute impression et de toute modification immédiate de la part de l'air et de ses intempéries variables, brusques et multipliées; *on peut affirmer, en général, qu'il n'en est point sensiblement modifié, et qu'il n'en contracte point de maladies.* » Or, de nombreuses observations m'ont permis d'affirmer, au contraire, « que le cœur n'est malheureusement point à l'abri des intempéries variables, brusques et multipliées de l'air, qu'il en est très-sensiblement modifié et qu'il en contracte de très-graves maladies. » C'est ainsi que rien n'est plus commun que de voir une péricardite et une endocardite se développer sous les mêmes vicissitudes atmosphériques qui donnent naissance à un rhumatisme articulaire aigu ou à une pleurésie. La connaissance de ce fait important d'étiologie a été féconde en résultats qu'il n'est pas le lieu de rappeler ici.

Il suit de quelques-unes des réflexions précédentes, que l'étude des *constitutions médicales* manque de précision, sous plusieurs rapports. Mais il ne faudrait pas croire que l'ignorance où nous sommes du principe essentiel et *immédiat* de certaines maladies, nous empêche toujours de reconnaître expérimentalement les conditions extérieures propres à leur développement, et partant nous enlève les moyens de les prévenir. Non, sans doute. Ainsi, par exemple, nous ne connaissons pas le principe *sine quâ non* des typhus, mais nous savons très-bien que l'encombrement, l'entassement d'une grande masse d'hommes dans un espace étroit, que l'usage d'aliments putréfiés, etc., sont des conditions qui donnent naissance à ce principe, et que par conséquent pour se préserver de la maladie dont il s'agit, il est indispensable d'éloigner les conditions ci-dessus indiquées. Nous ne connaissons point le virus rabiéique, mais nous savons parfaitement que la salive en est le réservoir, qu'il est absorbé avec elle, et nous prévenons ses effets par une cautérisation pratiquée en temps convenable, etc., etc.

Lorsque les modificateurs morbifiques, quels qu'ils soient, agissent sur un individu ou quelques individus seulement, on donne le nom de *sporadiques* aux maladies qu'ils engendrent. Lorsqu'ils agissent sur une grande masse d'individus, on donne le nom d'*épidémiques* aux maladies qu'ils déterminent (1). Celles-ci sont *contagieuses* ou non *contagieuses* (2).

Sydenham, ainsi que nous l'avons dit ailleurs (*voyez* la 1re partie de cet *Essai*), appelle les maladies *stationnaires* ou *intercurrentes*, selon que les causes qui les produisent sont durables, permanentes, ou passagères et accidentelles. Cette distinction concerne, d'ailleurs particulièrement les maladies produites par les conditions atmosphériques, soit appréciables, soit secrètes ou *latentes*.

Les diverses causes morbides ne sont pas toutes aussi fréquentes les unes que les autres. Que deviendrait l'humanité si les causes de la peste, du choléra, etc., étaient aussi fréquentes que celles d'une foule d'autres maladies? Parmi les causes les plus communes des maladies, il faut ranger les intem-

(1) Ce n'est pas dans l'air seulement que résident quelquefois des principes de maladies insensibles aux instruments de la physique et de la chimie; il en réside aussi dans certains agents solides ou liquides. Que nous apprennent, par exemple, les instruments dont il s'agit sur le principe de la salive propre à communiquer la rage, sur le principe virulent qui engendre certaines affections syphilitiques, etc.?

(2) Les causes pathogéniques agissent souvent sans que les malades s'en aperçoivent, en sorte que lorsque nous les interrogeons à ce sujet, ils nous répondent qu'ils sont tombés malades sans *causes*. Malheur au médecin qui prend toujours leur réponse à la lettre! Celui qui sait bien interroger rencontre peu de cas semblables; mais cet art est difficile. Ce serait une fort mauvaise philosophie que celle où l'on multiplierait trop les cas qui nous forcent d'admettre, avec Hippocrate et Sydenham, *quelque chose de divin* pour expliquer l'origine de certaines maladies.

(1) On appelle *endémiques* celles qui sont propres à certaines localités.

(2) La communication des maladies par voie de contagion est susceptible de plusieurs modes, dont l'un porte le nom d'*infection*. Que signifient donc les disputes si animées qui se sont élevées dans ces derniers temps sur la contagion et l'infection? Dans son beau rapport sur la fièvre jaune, Dupuytren a très-bien dit: « Le mode de la contagion varie selon la nature des principes contagieux. Ainsi la rage et la syphilis se transmettent et agissent par inoculation, et non par miasmes; la scarlatine et la rougeole par miasmes ou effluves et non par inoculation; la variole par miasmes, contact et inoculation. » C'est à la communication ou à la transmission d'une maladie par effluves ou miasmes qu'a été donné le nom d'infection. Il y a donc entre la contagion et l'infection une différence de *genre* à *espèce*, et voilà tout.

péries et les vicissitudes atmosphériques, ainsi que les vices de régime. Hippocrate et Sydenham, deux des plus grands observateurs que possède la médecine, avaient déjà très-bien signalé l'influence vraiment immense que certaines conditions atmosphériques exercent sur la production des maladies aiguës. Suivant Hippocrate, les brusques changements dans la température de l'atmosphère sont la principale cause des maladies : Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos, et *in ipsis temporibus, mutationes magnæ, tum frigoris, tum caloris.* Sydenham affirme que les vicissitudes atmosphériques font périr plus de personnes que la peste, la guerre et la famine. Voici ses propres expressions : « Ut enim jam mittamus contagium, quod quidem non nunquam febrium stationarium aliquibus ansam exporrigit, et crapulam taceamus, quâ matre proseminantur tùm istæ febres, tùm intercurrentes ; causa evidens externa febrium quam plurimarum inde petenda est, quod quis scilicet vel præmaturius vestes abjecerit; vel ab exercitio incalescens se frigori incautius objecerit.... *et sane existimo plures modo jam designato, quam peste, gladio, atque fame simul omnibus perire.* Etenim si quis ægrum medicus de morbi primâ occasione paulò minutiùs interrogaverit (modò ex acutorum istorum morborum numero sit quos suprà tractavimus), audiet quasi semper vel eum vestem aliquam temere deposuisse cui pridem assueverat; vel corpus motu excalefactum subito frigori permisisse, atque ex alterutrâ harum προφασει incidisse in morbum. Quam ob causam familiares meos semper moneo, ut nullo alio anni tempore quicquam vestium, quibus assuevère, sibi detrahant, nisi mense uno ante solstitium æstivum : nec minori cum studio eosdem hortor, ut ab exercitio calescentes frigus sedulo evitent. » (Sydenham, sectio sexta; febres intercurrentes.)

Il est vrai que quelques modernes observateurs soutiennent que ces maladies, qu'Hippocrate, Sydenham, Stoll, attribuaient aux grandes alternatives de chaud et de froid, se développent, au contraire, sans causes connues. D'où vient cette dissidence d'opinion en pareille matière? Je l'ignore. Mais ce que je ne crains pas d'assurer, c'est qu'il faut avoir été bien malheureux en matière d'observation étiologique, pour n'avoir pas reconnu toute la vérité des maximes d'Hippocrate et de Sydenham sur l'influence des vicissitudes atmosphériques dans la production des maladies. Il n'est pas de jour où, pour ma part, je n'observe des cas qui confirment ce point de doctrine.

Les causes dont nous venons de nous occuper, sont celles que l'on désigne ordinairement sous le nom de causes *déterminantes* ou *occasionelles.* Il est un autre genre de causes auxquelles on a donné le nom de causes *prédisposantes* ou de prédispositions. A cette dernière catégorie de causes appartiennent le tempérament, la constitution, le sexe, l'âge, l'héridité, etc. (1).

La *prédisposition* aux maladies constitue moins une cause proprement dite, qu'une condition propre à favoriser l'action des causes déterminantes, lorsqu'elles sont mises en jeu.

Quoiqu'il en soit, la prédisposition doit être prise en très-sérieuse considération. Elle est, d'ailleurs, susceptible d'une foule de degrés. Quand elle est très-prononcée, il suffit de la plus légère action de la part des causes déterminantes pour donner naissance à la maladie. C'est ainsi, par exemple, que chez certains sujets éminemment prédisposés à la tuberculisation pulmonaire, l'influence du froid et de l'humidité, à un degré très-faible, suffira pour produire cette déplorable maladie. Dans les cas de ce genre, on pourrait, jusqu'à un certain point, considérer la maladie comme un produit dont la prédisposition et les causes déterminantes sont les facteurs. Or, il est évident que lorsque l'un de ces facteurs sera très-fort, la maladie aura lieu, bien que le second facteur soit très-faible. Mais il ne faut pas penser, avec quelques prétendus observateurs, que la prédisposition suffit à elle seule pour la production de la maladie, et que d'un autre côté sans cette prédisposition, les causes déterminantes seraient non avenues et comme si elles n'existaient pas. C'est là une double erreur dont nous laissons au simple bon sens le soin de faire justice.

Ce n'est pas une chose de médiocre importance que de bien apprécier l'influence des agents physiques dans la production des maladies. En effet, ceux qui méconnaissent cette influence ne manquent pas, pour la plupart, de supposer, d'imaginer d'autres causes, et de là ces *virus*, ces *vices*, ces *principes* rhumatismal, goutteux, scrofuleux, etc., dont l'existence est aussi chimérique que celle de ces influences *astrales* et *divines* admises par Paracelse. Il est pourtant bien temps d'exiler, sans retour, de l'empire de la médecine, ces croyances fabuleuses et ces grossières superstitions. Il faut procéder, en un mot, dans l'étude de l'étiologie avec cette sévérité et cette exactitude d'observation dont a fait preuve M. Edwards, dans son bel ouvrage intitulé : *De l'influence des agents physiques sur la vie.*

Les agents pathogéniques sont si nombreux et si divers entre eux, qu'on a dû songer de bonne heure à les *classer.* Mais jusqu'ici, nous ne possédons aucune classification de ce genre, qui soit complètement satisfaisante. Pour parvenir à résoudre un pareil problème, il faudrait bien connaître la nature et la manière d'agir des diverses causes

(1) L'hérédité se rattache au tempérament et à la constitution. Il est clair, en effet, qu'on n'hérite point, à rigoureusement parler, d'une maladie toute formée, mais bien de l'organisation qui prédispose à cette maladie.

pathogéniques. Quelques agents physiques et mécaniques sont les seuls dont on ait analysé le mode d'action (1). Nous ne possédons que des données insuffisantes sur le mécanisme de la plupart des agents chimiques. Nous ne savons absolument rien sur la nature des agents moraux proprement dits, non plus que sur celle de ces causes *spécifiques* qui produisent la peste, le choléra, la variole, etc.

Au reste, nous allons revenir sur ce sujet dans l'article suivant, consacré à l'examen de la *nature* des maladies.

ARTICLE II.

De la nature intime ou de l'essence des maladies et de leur classification d'après cette nature.

Le problème de la nature intime des maladies se rattache étroitement à celui de la connaissance de la nature et du mécanisme des causes pathogéniques. Or, s'il est malheureusement vrai que, dans l'état actuel de la science, le mécanisme d'un bon nombre de causes soit enveloppé des plus profondes ténèbres, il s'ensuit que les mêmes ténèbres doivent envelopper la *nature* intime des maladies produites par les causes dont il s'agit.

Quoiqu'il en soit, dans tous les temps, la détermination de la nature des maladies a vivement exercé l'esprit des médecins. Nous avons donné une idée de ses principaux efforts dans les deux premières parties de cet Essai. Il ne nous reste guère qu'à exposer les résultats auxquels on peut prétendre aujourd'hui dans une aussi difficile matière.

Depuis Thémison jusqu'à M. Broussais, tous les auteurs qui ont eu assez de hardiesse et de puissance de génie pour oser sonder la nature des maladies en général, et les classer ou les systématiser sur cette base, sont arrivés à des conclusions qui, au fond, ne diffèrent pas beaucoup les unes des autres. Tous ont réduit les nombreuses maladies à un très-petit nombre de classes. Thémison les rapporte à deux classes, savoir le *strictum* et le *laxum*. Brown les systématise de la même manière, et delà sa *dichotomie* des maladies *sténiques*, et des maladies *asthéniques*. Bichat et plusieurs auteurs de son école les rangent sous trois classes, savoir : celles par *augmentation* des propriétés vitales ; celles par *diminution* et celles par *altération* des mêmes propriétés. Enfin, M. Broussais a compris les maladies *internes* dans deux grandes divisions, dont l'une est consacrée aux maladies *irritatives*, et l'autre aux maladies dans lesquelles l'excitation est au-dessous du type normal. La doctrine de l'excitement en Italie rentre dans celle de notre illustre réformateur.

Pinel, qui affectait une sorte de dédain pour les recherches sur la nature intime des maladies, avait néanmoins, sans y penser, pris cet élément pour base de son fameux *pentateuque* nosologique. Or, 1° si l'on retranche du cadre de Pinel la classe des fièvres continues qui rentre évidemment aujourd'hui dans celle des phlegmasies, 2° si l'on fait attention que les classes des névroses et des lésions organiques se composent de maladies dont les unes appartiennent certainement aux phlegmasies chroniques, les autres à une simple augmentation ou diminution de l'excitation normale, les autres enfin aux maladies purement physiques et mécaniques ; si, dis-je, on procède ainsi, on verra qu'en dernière analyse, le système de Pinel n'est guère plus large que ceux qui l'avaient précédé et qui l'ont suivi.

Que l'on déclame tant qu'on voudra contre les généralisations et les classifications dont nous venons de parler, il faut bien qu'elles reposent sur quelque fond de vérité, puisqu'elles se reproduisent ainsi sensiblement les mêmes, aux diverses époques de la science.

Mais il est un reproche que l'on doit adresser à la plupart des classifications et des systèmes les plus modernes : c'est qu'ils ne comprennent que les maladies dites *vitales*, et laissent de côté les maladies qui consistent en des lésions purement physiques et mécaniques, tels que les vices de nombre, de position, de conformation, de continuité, etc., etc. (1).

Après ce défaut de la plupart des systèmes nosologiques fondés sur la *nature* intime des maladies, il en est encore un autre que nous devons signaler. Ces systèmes fondés, comme il vient d'être dit, sur la considération exclusive des propriétés ou forces vitales, telles que la *sensibilité*, *la contractilité*, *la tonicité*, *l'irritabilité*, *l'excitabilité*, reposent en outre sur ce principe : que les phénomènes vitaux sont régis par des lois et des forces essentiellement différentes de celles qui gouvernent les phénomènes physico-chimiques. Or, c'est là, ainsi que nous l'avons prouvé, une très-grande erreur. En effet, les lésions des propriétés vitales qui ont été prises pour point de départ des plus célèbres classifications, ne sont souvent elles-mêmes qu'un effet des modifications survenues dans les conditions physiques et chimiques des organes.

Du reste, il est clair comme le jour que si l'on veut continuer à se servir exclusivement d'une

(1) Il s'en faut bien que cette matière ait elle-même été épuisée. C'est ainsi, par exemple, que nous ne savons presque rien de précis sur le rôle que joue l'électricité, considérée comme cause de maladie.

(1) M. Broussais a fait entrer cet élément en ligne de compte, en exposant son plan de classification dans la première édition de son *Examen*.

telle base de classification, savoir les lésions des propriétés dites vitales, les maladies se réduiront éternellement aux trois classes suivantes de Bichat : 1° *augmentation*, 2° *diminution*, 3° *altération* (*déviation*, *désordre*, *ataxie*) de ces propriétés.

Mais une telle classification ne saurait satisfaire les esprits exacts, à une époque où l'application des sciences physico-chimiques à la médecine a, pour ainsi dire, changé la face de cette dernière. C'est ce qui a été très-bien vu par M. Broussais, lorsqu'il a désigné l'action organique sous le nom de *chimie vivante*. Toutefois, nous sommes malheureusement forcés de reconnaître que l'observation et l'expérience ne nous ont pas encore fourni assez de lumières sur la nature des maladies, pour que nous puissions nous flatter de posséder aujourd'hui tous les éléments nécessaires à une bonne classification des maladies de nature physico-chimique. Nous ne faisons aucune difficulté, comme on le voit, d'avouer l'état peu avancé de la *physique et de la chimie vivantes*, sans que pour cela nous en persistions moins à soutenir, avec la plus intime conviction, que toute classification nosologique dans laquelle on n'aura pas pris pour une de ses bases la nature physico-chimique des maladies, sera nécessairement imparfaite et purement *transitoire*. D'un autre côté, si la part de la mécanique, de la physique et de la chimie étant faite, on trouve dans la nature des maladies un autre *élément* de classification, certes ce n'est pas nous qui nous opposerons à ce qu'on en tienne tout le compte convenable.

En admettant comme réel ce dernier élément, sous le nom de *maladies vitales* ou *nerveuses* (1), les maladies se réduiraient, en dernière analyse, aux trois grands modes suivants : 1° mode *mécanique*, comprenant les solutions de contiguité, de continuité, les dilatations, les coarctations, etc., produites par des puissances mécaniques quelconques ; 2° mode *physico-chimique*, comprenant toutes les lésions que peuvent éprouver les solides et les liquides considérés dans leur composition chimique, et dans certaines conditions dynamiques qui, comme l'électricité, par exemple, ne tombent pas sous les sens ; 3° mode *vital*, comprenant les maladies qui ne rentreraient pas dans les modes précédents et qui, si elles ne sont pas purement imaginaires, consistent en une lésion du principe dynamique *spécial* dont le système nerveux serait le dépositaire (2).

(1) Je dis vitales ou nerveuses, parce que en effet, s'il existe un *principe* vital essentiellement différent des forces physiques, c'est dans le système nerveux qu'il faut le placer.

(2) Je fais abstraction, dans cette classification, de certains vices de conformation primordiaux, de ceux, par exemple, où le nombre des organes est augmenté ou diminué.

Comme le mode mécanique, le mode physico-chimique embrasse un grand nombre de maladies différentes, et entre autres, toutes celles qu'on attribue à l'*augmentation*, la *diminution* et l'*altération* de *sécrétion*, de *nutrition*, etc.

La classe des lésions physico-chimiques contient en particulier ce grand ordre de maladies qui, depuis des siècles, sont connues sous le nom d'inflammations, de phlegmasies, de phlogoses, d'irritations, car ces maladies consistent évidemment en une augmentation locale ou générale du principe excitateur de l'organisme, avec altération plus ou moins profonde de la structure ou de la composition des parties qu'elles affectent.

La même classe comprend aussi ces altérations locales et générales produites par certains agents, *spécifiques* ou non, tels que les miasmes putrides, les aliments de mauvaises qualités, etc.; de là ces fermentations, ces infections générales et locales, la gangrène, le scorbut et tant d'autres maladies qui consistent essentiellement en un vice de l'*hématose*.

Je me borne à ces considérations très-générales, sur la nature intime des maladies et leur classification fondée sur cette nature, réservant de plus amples développements pour le *Traité de pathologie générale et spéciale*, que je dois publier.

CHAPITRE II.

GÉNÉRALITÉS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE OU SUR LE SIÉGE ET LES CARACTÈRES ANATOMIQUES DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Siége ou localisation des maladies.

S'il est un axiôme en médecine, c'est assurément cette proposition, savoir: qu'il n'existe point de maladie sans siége. Si l'on admettait l'opinion contraire, il faudrait admettre aussi qu'il peut exister des fonctions sans organes, ce qui est une palpable absurdité.

La détermination du siége des maladies, ou leur localisation, est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne. La solution de ce problème réclamait des connaissances dont les anciens étaient presque entièrement privés, c'est-à-dire des notions anatomiques et physiologiques précises. Plus l'anatomie et la physiologie ont fait de progrès, plus aussi la localisation des maladies en a fait elle-même. C'est ainsi, par exemple, que les immortels travaux de Bichat sur *l'anatomie générale* ont per-

mis de localiser dans les systèmes généraux ou générateurs des maladies jusque-là vaguement localisées dans les organes considérés en masse ou en bloc. Ce n'est pas là cependant que l'on doit s'arrêter : il faut pousser l'investigation jusque dans les molécules organiques elles-mêmes. Cette anatomie *moléculaire* est le *nec plus ultra* du progrès en ce genre.

Les maladies pour la plupart siégent à la fois, et dans les solides, et dans les liquides de l'économie vivante. Nous avons rapporté dans la première partie de cet *Essai* les considérations de Bichat sur le sujet qui nous occupe, et nous avons vu que ce grand physiologiste s'était constitué le défenseur de l'humorisme bien entendu ; ce qui est d'autant plus digne de remarque, que Bichat faisait consister toutes les maladies en une lésion de la *sensibilité et de la contractilité*, lesquelles propriétés n'appartiennent pas aux liquides en général et au sang en particulier. Pour échapper à cette contradiction, Bichat, après avoir signalé les maladies du sang, pose en fait, il est vrai, que ce liquide est doué de *vitalité*, mais il convient qu'on ne saurait dire en quoi consiste cette *vitalité*. Par conséquent, Bichat n'admet pas que le sang soit doué de contractilité et de sensibilité, sans quoi, il aurait bien su dire en quoi consistait la vitalité de ce liquide ; par conséquent aussi, c'est à tort que Bichat, comme nous l'avons déjà prouvé précédemment, faisait consister toutes les maladies en une lésion de la sensibilité et de la contractilité.

Si c'en était ici le lieu, nous rapporterions une immense quantité de faits propres à établir que tous les liquides en général, et le sang en particulier, sont susceptibles d'évidentes et graves altérations, soit *primitives*, soit *consécutives*. Ces faits prouveraient en même temps que ces altérations sont le résultat d'actions physico-chimiques, et que partant, même en admettant avec Bichat, que le chimiste qui analyse le sang, n'en ait que le *cadavre*, cette analyse ne nous fournit pas moins des lumières extrêmement précieuses. Nous reviendrons sur ce point dans l'article suivant, consacré aux caractères anatomiques des maladies.

La question des maladies générales et locales a été la source de disputes qui durent encore de nos jours, mais qui ne manqueront pas de cesser, quand les termes de cette question auront été bien définis, et que la bonne foi présidera à toutes les discussions. Qu'il nous suffise de dire ici, que les systèmes généraux étant susceptibles de se prendre dans toutes les parties dont ils sont composés, il est évident que, dans ce cas, la maladie sera nécessairement générale. Le sang, dont l'étude se rattache à celle du système vasculaire, ne peut être non plus altéré dans toute sa masse, sans qu'il en résulte une maladie générale, etc.

D'un autre côté, il est des maladies, et en très-grand nombre, qui, primitivement du moins, n'affectent qu'un seul organe, qu'un seul des éléments générateurs d'un organe : or, par opposition aux précédentes, elles constituent des maladies locales. Parmi ces dernières, il en est qui restent rarement locales, dans toute la force du terme. C'est ainsi, par exemple, que la plupart des inflammations ne tardent pas à s'étendre, à s'éparpiller, à se *généraliser*. Le mécanisme de cette *généralisation*, de cette *diffusion*, de ce *processus* n'est pas toujours le même. Dans quelques cas, dans ceux où une fièvre purement sympathique se déclare, le système nerveux ganglionnaire, qui mérite si bien alors le nom de nerf GRAND SYMPATHIQUE, paraît être l'agent et en quelque sorte le conducteur de la généralisation. Il y a là quelque chose que l'on peut comparer au rayonnement qui s'opère au sein d'un foyer de combustion ou d'électrisation : du foyer que représente l'inflammation, s'échappent de toutes parts des rayons qui répandent dans tout le système de l'économie l'excitation locale.

Dans d'autres cas, la généralisation se fait par propagation immédiate de la maladie locale, par *continuité* ou *contiguité de tissu*. C'est ainsi, par exemple, que l'inflammation d'une veine peut s'étendre à tout le système vasculaire, etc.

Dans d'autres cas encore, c'est par voie d'absorption que les maladies se généralisent. Du pus ou tout autre produit morbifique pénètre dans la masse du sang, *l'infecte*, et de là une intoxication qui réagit sur le système nerveux, etc.

De même que les maladies locales se généralisent ainsi, suivant quelques auteurs, les maladies générales se localisent. Cette doctrine a grand besoin d'éclaircissements. En supposant qu'elle soit vraie en partie, il est certain qu'elle a été étrangement exagérée et faussée par ceux qui ont prétendu autrefois et qui osent encore prétendre aujourd'hui, que les inflammations locales en général, telles que la pleurésie, la pneumonie, l'angine, l'entérite elle-même, etc., etc., ne sont réellement que la localisation, la *crise* d'un état morbide général. Pour soutenir un pareil paradoxe médical, on se fonde sur ce qui a lieu dans les *fièvres éruptives*. Mais outre que d'énormes différences séparent les phlegmasies indiquées plus haut des maladies dites fièvres éruptives, c'est une grande erreur de croire que l'état général qui précède l'éruption caractéristique de celles-ci, se localise entièrement sur les points où s'opère cette éruption. En effet, l'état général, le mouvement fébrile persiste après l'éruption, et celle-ci, à son tour, réagit sur les systèmes sanguin et nerveux, ces deux grands moyens de généralisation morbide.

On sait combien il a fallu de temps pour localiser les diverses maladies dont les anciens ne connaissaient que les symptômes généraux. On sait, par exemple, que cette cohorte de groupes sympto-

matiques, connus sous le nom de *fièvres essentielles*, n'a été localisé définitivement que depuis M. Broussais. Il reste encore à localiser, d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait encore, un assez bon nombre de maladies nerveuses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, etc.

ARTICLE II.

Caractères anatomiques des maladies.

De même que l'anatomie normale est la base de la physiologie de l'homme à l'état de santé (1), ainsi l'anatomie pathologique ou anormale est le fondement de la médecine ou de la physiologie de l'homme malade.

L'anatomie pathologique est, comme l'a dit Frédéric Hoffmann, le flambeau et en quelque sorte l'œil de la médecine. Ce flambeau éclaire le médecin, même dans l'application des moyens thérapeutiques. Sans la connaissance de l'anatomie pathologique, le vrai diagnostic serait évidemment impossible. « Prima pars medicinæ est diagnosis et anatomiæ pathologicæ peritia. Quibis ablatis, therapeia andabatarum pugna foret, medicusque oculis clausis, ancipiti gladio, entia rationis, phantasiæ scilicet fictiones persequendo, vitam sæpius quam morbum lacesseret. » (Laennec, *Auscult. méd.*, tome Ier, page 6, 2e édit.)

On a peine à croire qu'il existe même encore aujourd'hui, ainsi que du temps de Morgagni, des médecins (*quosdam siolos audaculos*, c'est ainsi que Morgagni les appelle) qui considèrent l'anatomie pathologique comme fournissant peu de lumières à la médecine. Parmi les arguments auxquels Morgagni s'est cru obligé de répondre, au commencement du premier livre de son immortel ouvrage, se trouve celui-ci, savoir : que les altérations rencontrées sur les cadavres peuvent être le résultat de l'agonie, de la décomposition qui a lieu après la mort ; que d'autres altérations doivent moins être attribuées à la maladie qu'à un mauvais traitement, etc. Morgagni répond, avec sa haute raison, qu'il ne prétend nier aucune de ces choses, mais il dit en même temps que nul observateur ne pourrait guère être la dupe de toutes ces choses, à moins qu'il ne le voulût (2).

Une plus sérieuse objection que l'on peut adresser à l'anatomie pathologique, c'est qu'il est des maladies qui n'apportent aucune modification *appréciable* dans les conditions anatomiques proprement dites de nos organes. En effet, l'anatomie pathologique, séparée de la physiologie, étant une science purement *graphique*, et ne s'occupant que des organes malades à l'état de repos, d'inertie et pour ainsi dire de *cadavre*, ce n'est pas à elle assurément qu'il faut demander tous les secrets de la vie pathologique, comme ce n'est pas dans l'anatomie normale que l'on doit uniquement chercher les mystères de la vie normale, comme ce n'est pas dans les conditions *visibles* et *tangibles* des corps bruts eux-mêmes, que le physicien peut trouver l'*explication complète* de tous les phénomènes qu'ils présentent. Il n'est aucune science naturelle, en un mot, qui n'ait un côté rationnel, qui n'en appelle à l'intervention de *principes* ou de *conditions dynamiques*.

Que si nous désignons sous le nom de lésions de l'organisation, les maladies qui ne sont pas du ressort de l'anatomie pathologique proprement dite, c'est que nous comprenons sous le mot d'organisation et les conditions matérielles, *visibles*, *tangibles*, appréciables par nos moyens directs d'observation, et les conditions *animatrices* qui échappent à l'observation directe, ou qui ne tombent pour ainsi dire que sous le sens de la raison. Or, il répugne au sens interne ou *rationnel*, plus infaillible, peut-être, que les sens externes, d'admettre des maladies qui ne soient pas des modifications quelconques de l'organisation *vivante*, comme il lui répugne d'admettre *un effet sans cause*.

« N'oublions pas, d'ailleurs, comme je l'ai dit dans un autre ouvrage (1), que les recherches faites après la mort, ne nous permettent pas de voir l'organe malade tel qu'il était exactement pendant la vie, même sous le point de vue de ses conditions appréciables à nos moyens directs d'observation. Ces recherches ne nous montrent, en un mot, que les *restes* de la maladie, que le *cadavre* de l'organe malade. Qu'est alors devenue, en effet, sa température? qu'est devenue sa rougeur elle-même, dans beaucoup de cas? Je laisse de côté les phénomènes de mouvement et de sensibilité qui, mourant en quelque sorte avec l'individu, ne peuvent être l'objet d'aucune investigation *posthume*, pas plus que la condition première ou le *principe* même de la vie. »

La doctrine qui vient d'être développée est, sous plusieurs rapports, la même que celle professée

(1) Suivant une heureuse expression de Haller, la physiologie n'est autre chose que l'anatomie vivante (*anatome animata*). Le célèbre physiologiste de Berne a dit avec raison : « Qui physiologiam ab anatomiâ avellere studuerunt, ii certè mihi videntur cum mathematicis posse comparari qui machimæ alicujus vires et functiones calculo exprimere suscipiunt, cujus neque rotas cognitas habent, neque tympana, neque mensuras, neque materiem. »

(2) Solent hæc prætendere : « Posse aliqua esse in cadaveribus quæ in moribundis, aut post mortem sint facta ; alia quæ non tam morbo, quam malæ curationi sint imputanda ; alia demùm quæ morbi causæ non sint, sed effectus, sic, ut hi sæpenumerò, non morbus, interimant. Quarum ego rerum nullam inficior. Sed idem aio, vix posse quempiam ab his rebus decipi, nisi si velit. »

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, tome Ier, page 258.

par M. Andral, dans le passage suivant de son *Précis d'anatomie pathologique.*

« Vouloir expliquer, dans l'état actuel de la science, dit M. Andral, tous les phénomènes physiologiques et pathologiques, par une différence dans l'arrangement de la matière chez les êtres vivants, c'est, en beaucoup de circonstances, se placer dans l'hypothèse. Frappés de tout ce qu'il y avait d'insuffisant et de conjectural dans cette explication, plusieurs auteurs admettent que, dans toute maladie, le premier mobile du désordre réside dans les FORCES mêmes qui dirigent les actes de toute molécule vivante, et dont les organes ne semblent être que les instruments. Puisque, chez l'homme, l'accomplissement de ces actes paraît être sous la dépendance nécessaire du système nerveux, on peut, par hypothèse, regarder, chez lui, ce système comme le siége et le dépositaire de la *force vitale.* Par hypothèse encore, on peut admettre, pour une plus commode explication des faits, que dans les centres nerveux se forme un fluide, qu'on appellera nerveux, vital, électrovital, et qui représentera la force inconnue par laquelle ces centres tiennent sous leur dépendance tous les organes. Le mot *d'innervation* ne signifie autre chose que l'influence exercée par cette force, toutes les fois qu'un acte vital s'accomplit. Tantôt la lésion de l'innervation est suivie d'altérations sensibles à nos divers moyens physiques d'investigation ; tantôt cette lésion n'est suivie que d'un dérangement dans les actes mêmes ou dans les fonctions de l'organe. De là souvent une parfaite identité de symptômes, bien que les lésions découvertes par l'*anatomie* soient très-différentes, ou que même *on n'en découvre aucune.* La lésion de l'innervation se traduit à nous par des phénomènes qu'on peut rapporter, 1° à une excitation de la force vitale; 2° à son abaissement au-dessous du type normal; 3° à sa perversion. On peut désigner ces trois espèces de lésions sous les noms d'*hyperdynamie*, d'*adynamie*, et d'*ataxie.* » (Tome 1er, pages 570 à 573.)

On voit, par ce passage, que M. Andral admet l'existence de lésions qui ne tombent pas sous nos sens, bien qu'il les ait placées dans le domaine de l'anatomie pathologique. Quant à l'hypothèse qu'il imagine pour expliquer ce genre de lésions, j'ai avancé moi-même ailleurs qu'elle n'était pas plus inadmissible que celle adoptée par les physiciens pour expliquer les phénomènes électro-magnétiques. « Ainsi, en dernière analyse, nous ne pouvons connaître autre chose que les phénomènes et les lois qui les régissent. Quant aux forces qu'on imagine pour expliquer les phénomènes de la science de la vie, ce n'est réellement que par une espèce de *foi physiologique*, et non d'après l'expérience directe, qu'on peut en admettre l'existence; mais ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'elles ne se révèlent à nous que sous l'apparence de l'organisation, et que la destruction de celle-ci entraîne celle de tous les actes dits vitaux. »

En somme, bien que l'on ne puisse concevoir aucune maladie sans une lésion quelconque de l'organisation, il n'en est pas moins vrai que certaines lésions se dérobent, quant à présent, et se déroberont probablement toujours, à nos moyens directs d'exploration (1).

Quelle que soit la part des lésions d'origine dynamico-vitale, il n'en est pas moins de la dernière importance de connaître les conditions matérielles proprement dites et en quelque sorte *passives.*

Cela étant posé sur la valeur et l'importance de l'anatomie pathologique, il nous reste à présenter quelques considérations générales sur les moyens d'observation, sur l'appréciation et sur la classification des faits de cette science.

I. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit des méthodes d'observation médicale en général, dans la seconde partie de cet *Essai.* Nous répéterons seulement que pour recueillir les faits dont elle se compose, l'anatomie pathologique doit faire usage de méthodes et de procédés *mathématiques, mécaniques, physiques* et *chimiques.*

On donne le nom d'*autopsie cadavérique* ou d'*ouverture des cadavres*, de *nécropsie*, de *nécroscopie*, à l'ensemble des opérations qu'on doit pratiquer, pour constater les altérations survenues dans la structure externe et interne du corps en général, et de chacun de ses divers organes en particulier. Que de choses dans une ouverture de cadavre complète! En effet, l'analyse mécanique ou la *dissection* ne doit être aujourd'hui qu'un des éléments de cette exploration. Ce n'est pas par elle, mais bien par l'analyse, et, si l'on ose le dire, par la dissection physique et chimique seulement, que nous pouvons connaître les modifications survenues dans la nature ou la composition des solides et des liquides ; et comme plusieurs des détails précis que peuvent fournir, et les méthodes physiques, et les opérations chimiques, manquent dans presque toutes nos ouvertures de cadavre actuelles, dans un siècle d'ici, on les trouvera peut-être aussi incomplètes que nous trouvons celles pratiquées par nos prédécesseurs (2).

(1) Qu'un malade, épuisé par la douleur, meure pendant une opération chirurgicale qui n'a entraîné qu'une perte de sang très-légère, certainement l'examen du cadavre ne vous montrera pas la cause anatomique de la mort. « Alors, dit Dupuytren, la sensibilité s'est épuisée, comme le sang s'épuise dans une hémorrhagie. » (M. Hipp. Royer-Collard, *Essai d'un système général de zoonomie*, page 113.)

(2) Parmi les méthodes physiques dont l'emploi est trop négligé en anatomie pathologique, il faut ranger l'inspection microscopique, et cette négligence est moins excusable que jamais, aujourd'hui que M. Raspail nous a facilité

Même en mettant de côté les délicates opérations de physique et de chimie qui en constituent au moins le complément, une ouverture de cadavre ne peut être bien faite que par des hommes qui en ont une longue habitude, et comme de tels hommes sont assez rares, on ne doit accepter qu'avec une sage défiance, qu'avec un doute *philosophique*, les résultats anatomico-pathologiques annoncés par certains observateurs. C'est ainsi, par exemple, qu'il y a une quinzaine d'années, on aurait eu grand tort de prendre pour des ouvertures bien faites celles de ces auteurs qui proclamaient n'avoir *rien trouvé* dans le cadavre des individus morts de fièvres dites essentielles (1).

Ce serait rendre un véritable service à la science que de publier un ouvrage complet sur *l'art de faire les autopsies cadavériques*. Dans l'impossibilité où je me trouve d'exposer ici tous les détails que comporte une pareille matière, je me contenterai de prescrire quelques-unes des règles fondamentales à observer dans l'examen des cadavres.

Il faut explorer avec la plus scrupuleuse attention les différents organes en masse, et les éléments dont ils se composent. Il est bien entendu que l'exploration doit porter à la fois et sur les solides et sur les liquides. Il ne faut pas indiquer ou décrire d'une manière vague, approximative, les différentes lésions, mais les *préciser*, autant que possible. Sans doute, ainsi que nous l'avons déjà donné à entendre, nous ne saurions encore atteindre à une extrême précision dans toutes les recherches anatomico-pathologiques indistinctement; mais on le peut quand il s'agit de déterminer certaines lésions telles que celles relatives au nombre, à la forme, au poids, à l'étendue, au volume, à la consistance, à la couleur, etc., des parties. Il ne faut pas se contenter des mots, plus, moins, à peu près, et autres tout aussi vagues, mais dire positivement les choses, et pour cela, compter, mesurer, peser, en un mot, employer des *méthodes exactes* d'observation. Il est vrai que des ouvertures de cadavres pratiquées avec tout le soin convenable, *font perdre* beaucoup de temps, si l'on peut considérer comme du temps perdu, celui qu'on emploie à des travaux aussi importants. Il vaut mieux ne point faire d'*autopsies cadavériques* que d'en faire de mauvaises. Nous avons vu tout-à-l'heure ce qui était arrivé naguère pour les *fièvres* dites *essentielles*, à quelques médecins qui n'avaient pas toujours ouvert avec le soin nécessaire les corps des individus emportés par ces maladies. Ils avaient fait servir les faits de prétendu défaut de lésions à la confirmation du dogme de l'essentialité de ses *fièvres*. Nous aurions pu appliquer cette remarque à plusieurs autres maladies. « Autrefois, dit M. le professeur Lallemand, dans les ouvertures de corps, on n'examinait guère que l'organe qu'on supposait malade; et quand les altérations ne correspondaient pas exactement aux symptômes, on se contentait de ranger le fait parmi les *anomalies*, ou l'on croyait l'avoir expliqué en l'attribuant à une *idiosyncrasie* particulière, ou mieux encore, en en faisant un être abstrait, existant par lui-même, qu'on appelait maladie *essentielle* (1). »

II. L'appréciation des altérations diverses rencontrées sur les cadavres, n'est pas moins importante, ni surtout moins difficile que leur exacte description. Toutefois, cette difficulté d'*appréciation* n'est pas la même pour toutes les lésions in-

l'usage du microscope. Parmi les observateurs qui se sont livrés récemment à ce genre d'exploration, je citerai M. le docteur Donné. Voici les résultats qu'il en a obtenus, en ce qui concerne le sang, dans certains cas de maladie.

1° Sang d'une femme de vingt-six ans, morte d'une gangrène du poumon, et exhalant lui-même une odeur gangréneuse. — Globules petits et déformés d'une manière remarquable; leur contour est éraillé.

2° Sang d'une femme morte d'une métro-péritonite puerpérale (une forte application de sangsues avait été faite; à l'autopsie on n'a trouvé qu'une très faible quantité de sang, un épanchement sero-purulent dans l'abdomen, et une grande mollesse du foie, du cœur et de tous les organes). — Les globules sanguins sont moins déformés que dans le cas précédent, mais ne se dessinent pas nettement. Le liquide épanché dans l'abdomen présente quelques globules rares, très-déformés.

3° Sérum du sang d'une femme ayant depuis long-temps une maladie du cerveau, et saignée pour cause d'un érysipèle. — Globules très-petits et très-rares, la sang du caillot n'offre pas une forme très-régulière.

4° Sang d'un homme saigné pour une *fièvre bilieuse* avec pneumonie. — Beaux globules qui tendent à se réunir et à s'agglutiner.

5° Sérum du sang d'une jeune fille, affectée de *fièvre bilieuse*. — Globules bien marqués, peu transparents.

6° Sang d'une femme morte hydropique. — Les globules sont extrêmement peu nombreux.

7° Sang d'une femme morte d'une maladie du foie. — Globules assez beaux, mais commençant à se déformer.

8° Sang d'un jeune homme mort d'une péritonite aiguë, traitée par les frictions mercurielles. — Globules très-déformés.

9° Sang d'un jeune homme qui a succombé à la même maladie, traitée de la même manière. — Les globules ont perdu leur forme normale; quelques-uns sont très-gros.

Après avoir cité ces faits, M. Donné ajoute, avec une circonspection digne d'éloges : « Si l'on me demande, dit-il, quelles conséquences je compte tirer de ces faits, je répondrai que je me contente pour le moment de les signaler, sans les expliquer. Je pourrai peut-être plus tard me permettre d'aller plus loin. »

(1) Voyez le *Traité des fièvres* de M. Chomel, publié en 1821.

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale et ses dépendances.*

distinctement. Mais il en est quelques-unes de si légères, de si fugitives, que leur valeur ne saurait être déterminée avec trop de circonspection. Quant à celles qui pourraient être le résultat de l'agonie ou des changements survenus depuis l'instant de la mort jusqu'à celui de l'ouverture (par exemple, certaines rougeurs ou autres colorations, certains ramollissements, etc.), nous pensons, avec Morgagni, qu'en général, un médecin versé dans l'anatomie pathologique, saura très-bien les distinguer de celles qui ont été l'effet de la maladie. Si, dans quelques cas exceptionnels, cette distinction est embarrassante, on signalera cette circonstance; et de cette façon, si l'on ne peut découvrir la vérité, on évitera, du moins, de tomber dans l'erreur. Le doute est ici le cachet de la vraie prudence scientifique.

III. Ce n'est pas tout, en anatomie pathologique, que d'avoir recueilli des faits et de les avoir, après ample examen, bien pesés, bien jugés, il faut ensuite, comme dans toute autre science, les *classer*, les *systématiser*, suivant leurs *communautés* et leurs *particularités*, leurs ressemblances et leurs différences. Plusieurs auteurs, tels que Marandel, Laënnec, Lobstein, MM. Cruveilhier, Andral, etc., ont essayé de remplir, en tout ou en partie, cette tâche difficile. Les uns, considérant les altérations anatomico-pathologiques et les produits anormaux, indépendamment de la modification de leurs causes productrices, soit mécanique, soit chimique, soit *vitale*, ont procédé dans leur classification à la manière des botanistes et des minéralogistes dont les systèmes reposent uniquement sur les *caractères extérieurs*. D'autres s'efforçant de remonter jusqu'au mode de *génération* des altérations et des produits morbides, ont placé sur le terrain de la physiologie les fondements de leur distribution anatomico-pathologique. Au nombre de ces derniers est M. Andral, dont nous allons rapporter ici la classification. Il partage en cinq sections toutes les altérations du corps humain (1).

(1) *Précis d'anatomie pathologique*, tome Ier.

1re SECTION. LÉSIONS de CIRCULATION.	Augmentation de quantité du sang.		
	Diminution de quantité du même liquide.		
2e SECTION. LÉSIONS de NUTRITION.	Altération de l'arrangement des molécules.	Vices de conformation.	
	— de leur nombre.	Augmentation.	Hypertrophie.
		Diminution.	Atrophie.
			Ulcération.
	— de leur consistance.	Ramollissement.	
		Induration.	
	— de leur nature.	Transformations.	
3e SECTION. LÉSIONS de SÉCRÉTION.	Altération de la quantité des matières sécrétées.	Augmentée.	Épanchement.
			Flux.
		Diminuée.	
	— de leur situation.	Formation en un lieu insolite.	
		Transport en un lieu insolite.	En nature.
			En éléments.
	— de leurs qualités.	Modification de composition de la sécrétion normale.	
		Sécrétion nouvelle.	
4e SECTION. LÉSIONS du SANG.	Lésions de ses propriétés physiques; — de ses propriétés chimiques; — de ses propriétés physiologiques.	Primitives.	
		Consécutives.	
5e SECTION. LÉSIONS de L'INNERVATION.	Primitives.		
	Consécutives.		

Il n'est pas de mon sujet de discuter ici, d'une manière approfondie, la classification de notre savant et célèbre collègue, M. le professeur Andral. Le point essentiel à examiner serait la question de savoir si une classification des lésions anatomico-pathologiques telles qu'on les trouve sur le cadavre, doit avoir pour base la physiologie, ou si, au contraire, elle doit reposer sur l'anatomie elle-même, c'est-à-dire sur la considération des conditions observables dans le corps privé de vie. En adoptant le premier mode de classification, il est évident que les classifications anatomico-pathologiques ne différeraient plus au fond des classifications nosologiques proprement dites ou de celles qui sont fondées sur la nature intime des maladies. Cette confusion n'entraînerait pas de bien gra-

ves inconvénients, attendu que la physiologie et l'anatomie sont moins deux sciences distinctes que deux éléments d'une seule et même science. Ce qu'il y a de certain, c'est que sur le cadavre, il n'existe plus ni circulation, ni sécrétion, ni innervation, etc., et que partant, il peut paraître singulier, au premier abord, que la classification des lésions qu'on y rencontre, porte sur les modifications des fonctions dont il s'agit. Mais, encore une fois, cette singularité n'est qu'apparente, puisque réellement les lésions observées sur le cadavre sont les *effets* des lésions de circulation, de sécrétion, de nutrition, etc., qui ont eu lieu pendant la vie. Seulement, comme l'a très-bien dit Bichat, c'est le cadavre de la maladie et nom la maladie tout entière que nous avons sous les yeux, quand nous procédons à son examen après la mort. Les seules maladies auxquelles cette remarque ne s'applique pas, sont les lésions qui n'intéressent les organes que dans leurs conditions purement statiques ou passives, telles que les simples solutions de contiguité ou de continuité, par exemple. Hors ces cas, les altérations anatomiques ne sont pas les *causes* réelles des maladies, comme l'indique le titre de l'ouvrage de Morgagni : elles en sont, au contraire, les effets.

Quoiqu'il en soit, il résulte des réflexions précédentes, que la classification dont nous avons posé les bases dans le premier chapitre de cette troisième partie, est, jusqu'à nu certain point, applicable aux faits de l'anatomie pathologique. Je dis jusqu'à un certain point, car l'élément *dynamique* ou *vital* ne saurait y trouver place. Par conséquent en dernière analyse, toutes les lésions anatomico-pathologiques proprement dites, se réduisent à des modifications dans les conditions physiques et dans la composition ou l'organisation du corps en général et de chacun de ses instruments en particulier. Par conséquent aussi, une bonne classification anatomico-pathologique doit, en grande partie, reposer sur la physique et la chimie.

CHAPITRE III.

GÉNÉRALITÉS SUR LES SYMPTÔMES ET LE DIAGNOSTIC DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Des symptômes en général.

§ Ier. *Définition et classification philosophique des symptômes.*

La signification du mot symptôme n'est pas aussi précise qu'on pourrait le croire au premier abord. Suivant quelques-uns, les mots *symptôme, signe*, peuvent être employés comme synonymes ; selon d'autres, ces mots n'expriment pas exactement la même idée.

Dans sa pathologie générale, M. Chomel définit le symptôme : « tout changement perceptible aux sens, survenu dans quelque organe ou dans quelque fonction, et lié à l'existence d'une maladie. » Il ajoute que « le symptôme diffère du signe, en ce que celui-ci suppose une opération de l'esprit, tandis que le symptôme est une simple sensation. » Cette définition et cette distinction ne sont pas à l'abri de toute objection. En effet, d'une part la distinction établie entre le *signe* et le *symptôme* peut paraître au moins un peu subtile, et c'est pour cela, sans doute, que la plupart des médecins, M. Laënnec entre autres, et M. Chomel lui-même se servent souvent indifféremment des mots *signe* et *symptôme*. Au reste, je n'insiste pas, déclarant que j'ai pour les disputes de mot une répugnance profonde.

D'autre part, d'après l'idée que M. Chomel attache au mot symptôme, il est clair que tous les caractères anatomiques des maladies doivent être également désignés sous le nom de symptômes. En effet, les caractères anatomiques des maladies ne sont-ils pas « un changement perceptible aux sens, survenu dans quelque organe, et lié à l'existence d'une maladie? » Il est évident du reste que la définition dont il s'agit s'applique à des changements autres que ceux compris sous le mot caractères anatomiques.

Pour moi, je considère comme symptômes ou signes d'une maladie, toutes les modifications que cette maladie entraîne dans les conditions anatomiques ou physiologiques des organes qu'elle affecte, D'où il suit que les *caractères anatomiques* des maladies constituent de véritables symptômes. Expliquons notre pénsée par un exemple bien connu. La rougeur, la tumeur, la chaleur, la douleur, voilà, dit-on, les symptômes ou signes généraux de l'inflammation. En admettant pour le moment cette définition de l'inflammation comme parfaitement exacte, ce qui n'est pas, nous voyons que la *tumeur* et la *rougeur*, c'est-à-dire des changements dans la *couleur* et le *volume* des parties, c'est-à-dire des *caractères anatomiques*, sont mis au rang des symptômes de l'inflammation aussi bien que la *chaleur* et la *douleur*, c'est-à-dire des modifications dans la *calorification* et la *sensation*, c'est-à-dire encore des *caractères physiologiques* ou des lésions fonctionnelles. (1).

(1) La distinction que nous établissons ici, savoir la division des symptômes en ceux qui n'intéressent l'organisation que dans ses conditions purement anatomiques, *inertes*, *passives*, et en ceux qui dépendent essentiellement d'une lésion de cette même organisation à l'état de

Tout ce que nous avons dit des caractères anatomiques des maladies s'applique, à quelques modifications près, aux symptômes de la première catégorie (symptômes *anatomiques* ou *passifs.*) Il ne nous reste donc à parler que des symptômes de la seconde catégorie (*symptômes actifs, dynamiques, vitaux*).

Les symptômes de cette dernière catégorie n'étant que l'expression de la modification quelconque survenue dans l'action vitale, modification qui, comme nous l'avons dit précédemment, est la maladie elle-même considérée dans son *essence* ou sa nature intime, ces symptômes, dis-je, se révèlent à notre observation, les uns sous une double forme seulement, celle de plus ou de moins d'augmentation et de diminution, les autres sous une triple forme, savoir, les deux précédentes et de plus la forme qui consiste non en une *augmentation* ou une *diminution*, mais dans une *altération*, une *irrégularité*, une sorte *d'ataxie* des actes fonctionnels. Citons quelques exemples. Les symptômes fournis par l'exploration de l'acte de la calorification *vitale* ne peuvent consister qu'en une diminution ou une augmentation de la température des parties (1). Au contraire, les symptômes fournis par l'exploration des actes de locomotion, de sensation ou d'intelligence, peuvent provenir non seulement d'un *excès* ou d'un *défaut* de ces actes, mais d'une irrégularité, d'un désordre, d'une dépravation de ces mêmes actes, comme nous le voyons dans le délire pour l'intelligence, dans les irrégularités des mouvements des membres chez les choréiques, etc., dans ces appétits dépravés que nous observons chez certains individus, chez quelques jeunes filles chlorotiques en particulier.

Ce que nous disons ici de la triple forme sous laquelle les symptômes peuvent se présenter ne paraît, au premier abord que la répétition de cette doctrine de Bichat, savoir que les *propriétés vitales peuvent être augmentées, diminuées, altérées.* Il y a cependant une grande différence entre la doctrine de Bichat et la nôtre : en effet, d'une part, Bichat enseignait que toutes les maladies consistent en une lésion des propriétés vitales, et nous avons, au contraire, admis une classe entière de maladies où la lésion des propriétés vitales n'est pour rien ; d'une autre part, Bichat considérait la lésion des *propriétés vitales* (sensibilité et contractilité) comme étant la cause première, le principe même de la maladie, tandis que nous professons, au contraire, que la lésion des propriétés vitales admises par Bichat n'est qu'un symptôme, qu'un effet de la maladie.

On peut aussi rapporter à la division qui vient de nous occuper, celle de M. Andral concernant les lésions de l'innervation, qu'il ramène aux trois types suivants : *hyperdynamie*, *adynamie* et *ataxie.*

Il est bien entendu que dans les maladies dites *vitales*, on observe à la fois les deux catégories de symptômes établies plus haut. En effet, les conditions anatomiques et physiologiques sont tellement enchaînées entre elles qu'on ne peut concevoir la *vie*, et partant ses maladies, sans le concours de ces deux ordres de conditions. Mais les modifications anatomiques se passent quelquefois dans des parties si déliées, si ténues, et peuvent être si légères, si fugitives, qu'elles se dérobent à nos moyens d'exploration, même dans les cas où la scène morbide se passe dans des organes extérieurs ou à la portée de nos sens.

De ces considérations abstraites sur la définition et la classification philosophique des symptômes, passons à l'examen de quelques autres questions séméiologiques.

§ II. *Des méthodes à suivre en séméiologie.*

Tout ce que nous avons dit précédemment, en divers endroits de cet *Essai*, sur les principes de l'art d'observer, est applicable à la séméiologie. L'*inspection*, l'*auscultation*, l'*odoration*, la *dégustation*, la *palpation*, la *percussion*, la *pression*, la *succussion*, la *mensuration*, la *pondération*, la *numération*, l'usage des instruments physiques et mécaniques et l'emploi des réactifs chimiques, etc., etc., rien ne doit être négligé pour apprécier les modifications qu'ont pu éprouver les organes considérés dans leurs conditions physiques, mécaniques et *physiologiques.* C'est ainsi que je procède pour mon compte et que je tâche d'imprimer à la clinique médicale ce caractère d'*exactitude*, qui seul peut en rendre l'étude satisfaisante, attrayante même à quiconque est doué d'un jugement droit et d'une intelligence sévère.

mouvement, d'activité, de *vie* en un mot, cette division dis-je, avait déjà été proposée par Bayle, à peu près dans les mêmes termes. Il donnait le nom de symptômes *physiques* à ceux qui consistent en un changement appréciable, survenu dans les organes et persistant après la mort, tandis qu'il désignait sous le nom de symptômes *vitaux* ceux qui proviennent d'un dérangement des fonctions, sans lésion *sensible* dans la disposition des organes, et disparaissant complètement avec la vie.

(1) Si la calorification ou la production de chaleur n'est réellement susceptible que d'*augmentation* et de *diminution*, il n'en est pas de même de l'action chimico-vitale qui se passe au sein de nos parties. En effet, cette action peut être *altérée*, au lieu d'être simplement augmentée ou diminuée ; elle est augmentée dans les *hypertrophies*, les *hypercrinies*, elle est diminuée dans les *atrophies*, etc., mais elle est altérée (qu'elle soit ou non en même temps augmentée) dans les ramollissements, les indurations, les dégénérescences dites lardacée, cancéreuse, etc., etc., des divers organes.

Certes, si tous les médecins procédaient ainsi, on n'en verrait aucun mettre en doute les avantages de l'application des sciences physiques et de leurs méthodes précises à l'étude de la médecine. Il est vrai que cette manière de faire exige d'abord un long apprentissage, et qu'elle suppose un zèle à l'épreuve de toutes les fatigues et de tous les sacrifices. Avoir toujours la mesure et le compas à la main, compter les battements du pouls, les mouvements de la respiration, percuter, ausculter, examiner, avec un égal soin, les solides et les liquides, interroger en un mot les organes et leurs fonctions sous tous les rapports possibles, et répéter chaque jour toutes ces recherches, voilà un travail qui ne se fait pas en courant et pour ainsi dire en un clin d'œil. Mais la chose vaut bien la peine qu'on y mette un temps suffisant : quand il sagit, en définitive, de la santé et de la vie des hommes, la moindre négligence est trop grave pour qu'il soit permis d'en commettre.

Si la nature de cet ouvrage me permettait de descendre dans les particularités de la séméiologie, je montrerais comment la percussion, l'auscultation et quelques autres procédés d'exploration récents ont réellement, ainsi que l'a dit Laënnec, « mis, sous le rapport du diagnostic, les lésions organiques internes sur la même ligne que les maladies chirurgicales ».

Jusqu'à ces derniers temps, on ne s'était point assez occupé de l'examen séméiologique des liquides. Je me suis efforcé de combler, en partie, cette lacune. Depuis quatre ans, le sang, les urines, la salive, les sueurs, les crachats, ont été de ma part l'objet d'une étude spéciale. Cette étude n'aura pas été, j'ose l'espérer, complètement perdue pour la science. Je ne puis consigner ici tous les détails de ce genre de recherches. Qu'il me suffise d'annoncer que dans les grandes maladies, les liquides en général, et spécialement le sang et les urines, offrent des changements ou si l'on veut des symptômes, aussi constants que le sont ceux fournis par l'exploration des solides vivants. Ainsi, par exemple, le sang retiré dans les cas d'inflammation franche, offre des caractères tellement tranchés, qu'il suffit de le voir pour reconnaître l'existence de ce genre de maladie. Ces caractères diffèrent tellement de ceux que présente le même liquide dans les cas d'inflammation avec complication putride ou typhoïde, que deux malades étant donnés, l'un atteint d'une pneumonie franche ou d'un rhumatisme articulaire aigu, etc., l'autre d'une entérite typhoïde (fièvre typhoïde, putride, adynamique, entéro-mésentérique), etc., on peut, par le seul examen du sang retiré à chacun d'eux, reconnaître positivement quel est celui qui est atteint de l'un ou l'autre de ces deux genres de maladies. Le résultat de ces recherches, dont un grand nombre d'élèves ont été témoins, et que M. le docteur Jules Pelletan, chef de clinique, a fait connaître en partie dans ses comptes rendus de notre service (1), seront exposés dans le Traité de pathologie générale et spéciale auquel je travaillerai immédiatement après la publication de cet *Essai* (2).

Les symptômes fournis par l'exploration des systèmes généraux, tels que le système circulatoire et le système nerveux, méritent une attention particulière. Ces symptômes ont été, pendant des siècles, considérés comme primitifs dans des cas où ils étaient secondaires ou sympathiques, et de là ces maladies générales dites *essentielles*, qui n'étaient que des maladies locales *généralisées*, suivant le mécanisme dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. Toutefois, il est des cas où les symptômes dits *généraux* résultent d'une maladie primitive, idiopathique des systèmes du même nom, et l'on ne saurait trop s'attacher à bien distinguer ces cas des précédents. C'est à quoi on parviendra souvent sans beaucoup de difficultés, si l'on est profondément versé dans l'art du diagnostic, dont nous allons nous occuper ci-dessous.

ARTICLE II.

Réflexions générales sur le diagnostic.

Le diagnostic comprend deux choses principales, savoir : 1° la connaissance du siége de la maladie ; 2° la connaissance de la nature de la maladie. Or, pour déduire cette double connaissance des données séméiologiques, il faut nécessairement admettre que celles-ci sont la traduction fidèle, la révélation formelle de la maladie.

Ce rapport précis, j'ai presque dit mathématique, entre les symptômes et la maladie, ne serait rien moins que réel, s'il fallait prendre à la *lettre* l'opinion de quelques auteurs dont le nom, sous tant de rapports, fait justement autorité dans la science. On a dit, en effet, que « souvent il existe une parfaite identité de symptômes, bien que les lésions découvertes par l'anatomie soient très-différentes, ou que même on n'en découvre aucune. »

(1) *Voy.* ces comptes rendus dans le *Journal hebdomadaire des progrès de la médecine.*

(2) Ce serait bien mériter de la science et des élèves que de composer un ouvrage dans lequel on exposerait, avec clarté et précision, tous les signes fournis par les méthodes physiques, chimiques et mathématiques appliquées à la médecine. M. le docteur Raciborski a déjà en partie exécuté ce travail dans son excellent *Manuel d'auscultation et de percussion.* Mais que les élèves n'oublient jamais qu'après avoir lu, il faut *voir faire et faire soi-même* les opérations au moyen desquelles on recueille les signes. Pour apprendre à observer, évidemment il n'y a pas d'autre voie que celle-là : *fit fabricando faber.*

S'il en était réellement ainsi, comment pourrait-on, par le moyen des symptômes, distinguer les unes des autres les maladies qui ne consistaient qu'en une simple *modification d'action* ou *dynamique*, et celles qui consistent en une *lésion d'organisation ou de texture*, distinction qui est cependant de la plus haute importance? Mais, encore une fois, la *contradiction* que l'on signale entre les symptômes et la maladie ne saurait jamais être qu'apparente et non réelle. S'il en était autrement, on ne pourrait plus admettre ce principe évident, cet axiôme, savoir que *l'effet est en rapport avec la cause et réciproquement*. Il est bien vrai, j'en conviens, que certains symptômes existent également dans les deux catégories de cas dont il est ici question. Mais ce qui ne serait pas exact, ce serait de soutenir qu'il n'y a pas dans les cas de l'une de ces catégories des symptômes qui ne se rencontrent point dans les cas de l'autre. C'est au moyen de ces derniers symptômes qu'on parvient à établir le diagnostic *différentiel* qui nous occupe ici. Ainsi, par exemple, on peut éprouver des palpitations sous l'influence d'une excitation purement nerveuse du cœur, comme sous l'influence d'une véritable inflammation du cœur, ou par l'effet d'une simple hypertrophie du même organe. Mais, outre ces palpitations, il est d'autres symptômes qui *spécifient* l'inflammation et l'hypertrophie bien caractérisées du cœur, d'une manière si claire et si distincte, qu'à moins d'une insigne négligence ou d'une ignorance extrême, on ne saurait confondre aujourd'hui ces maladies avec une excitation purement nerveuse du même organe.

Que si, dans les cas bien tranchés, rien n'est plus facile que le diagnostic différentiel des deux ordres de cas ci-dessus établis, rien, au contraire, n'est plus délicat que ce même diagnostic dans les cas où les lésions matérielles ou anatomiques qui coïncident avec des états dynamiques sont encore peu prononcés. Ce n'est alors qu'en pesant, avec la plus grande attention, toutes les circonstances de la maladie qu'on a sous les yeux, qu'on peut espérer de résoudre, d'une manière un peu précise, le problème dont il s'agit. Pour réussir en pareille matière, il faut avoir une expérience qui ne s'acquiert que par de longs et pénibles travaux. Aussi, les erreurs ne sont-elles que trop communes en ce genre de diagnostic. Mais revenons à notre sujet.

La détermination du siége des maladies par la voie des symptômes est un simple corollaire des connaissances anatomiques et physiologiques. Je ne crois pas nécessaire d'entrer dans tous les détails que comporte cette question. Je noterai seulement qu'il ne faut pas seulement déterminer quel est l'organe malade, mais bien quelle est précisément la partie de cet organe qu'affecte la maladie. Plus un organe est complexe, plus il est difficile et plus il importe néanmoins de bien préciser le siége du mal.

Quoiqu'il en soit, la détermination du siége d'une maladie étant obtenue, il reste à savoir quelle est la nature de cette maladie, c'est-à-dire le mode de lésion subi par les organes, soit que cette lésion réside dans les parties solides, soit qu'elle réside dans les liquides dont ces organes sont composés, soit qu'elle affecte à la fois les uns et les autres. Il ne suffit pas de savoir en quoi les conditions *anatomiques* s'éloignent de l'état normal, il faut encore et surtout savoir à quelle *maladie* remontent les lésions dont il s'agit. C'est en cela que consiste la solution du problème du *diagnostic anatomique* et du *diagnostic médical*, pour me servir des expressions consacrées par quelques auteurs. Le diagnostic ne peut être purement *anatomique* que dans les cas où la cause productrice de la maladie est essentiellement mécanique ou physique, comme il arrive dans certaines solutions de contiguité ou de continuité. Mais lorsque les altérations anatomiques ou de texture proviennent d'une *cause vitale*, qu'elles dépendent d'une lésion des actions de la *chimie vivante*, telles que la nutrition, la sécrétion, etc., il est clair que la *spécification*, le diagnostic de cette lésion est du ressort de la physiologie médicale. Toutefois, on se tromperait grossièrement si l'on croyait que la considération des altérations anatomiques ne sert jamais à rien dans le cas dont il s'agit. Elle est tout aussi importante ici que dans le cas où les altérations anatomiques sont pour ainsi dire primitives et constituent toute la maladie. Mais, dira-t-on, il est un genre de maladies vitales, dans lequel, comme vous en êtes convenu vous-même, les conditions anatomiques n'éprouvent aucune lésion appréciable. A cela je réponds que c'est précisément parce qu'il existe un pareil genre de maladies, qu'il est si essentiel de ne pas négliger la considération des altérations anatomiques dans le genre précédent de maladies, puisque sans cette considération on le confondrait avec l'autre.

Les signes par lesquels se révèlent à nous ces altérations anatomiques, sont souvent les seuls ou du moins les principaux éléments du diagnostic de la maladie vitale qui les produit. En effet, lorsque les organes sont profondément situés, et qu'ils sont enflammés, par exemple, les symptômes *vitaux* et locaux de l'inflammation (chaleur, douleur) ne tombent pas sous nos sens. Mais sachant par l'ouverture des cadavres qui a été pratiquée dans les cas mortels, quelles sont les altérations qu'entraîne l'inflammation dans les conditions anatomiques des organes et quels sont les signes *physiques* de ces altérations, on remonte, par l'induction logique la plus légitime, de la connaissance combinée de ces signes physiques et des symptômes *réactionnels* à celle de l'inflammation.

Une circonstance qu'il ne faut pas ignorer, c'est

qu'il arrive un moment où l'acte *vital anormal* sous l'influence duquel ont apparu certaines altérations anatomiques, se dissipe et s'éteint, sans que celles-ci disparaissent. De là, par exemple, ces nombreuses productions accidentelles que l'on rencontre à la suite des phlegmasies. Or, ces *effets* deviennent *causes* à leur tour, et de nombreux désordres fonctionnels tiennent uniquement à la présence de ces produits anormaux, qu'ils soient organisés ou non. Dans ce cas, les phénomènes réactionnels, et spécialement le mouvement fébrile, n'existent plus. C'est grâce à cette circonstance surtout, qu'on peut distinguer le cas dont il s'agit de celui dans lequel les altérations anatomiques coexistent encore avec l'acte morbide qui leur a donné naissance.

Quant à la détermination précise de l'espèce de production accidentelle soit liquide, soit solide, qui s'est développée dans un organe intérieur à la suite d'une lésion vitale, telle qu'une inflammation, par exemple, elle n'est pas toujours possible dans l'état actuel de la science. L'extrême précision n'est pas heureusement ici d'une très-grande importance pratique. En effet, qu'une production accidentelle développée dans l'estomac ou dans le cerveau, soit squirrheuse ou fibro-cartilagineuse, ou encéphaloïde; qu'une induration des valvules du cœur, soit simplement fibreuse ou bien cartilagineuse, calcaire, les lésions fonctionnelles restent à peu près essentiellement les mêmes. Toutefois, il ne faut rien négliger pour perfectionner ce point de diagnostic, et le temps, ce grand maître, pourra dissiper le reste d'obscurités dont il est encore environné.

C'est surtout ici qu'il faut faire entrer parmi les éléments du diagnostic toutes les données qu'une attentive exploration peut procurer. La considération de l'état général des sujets fournit en particulier de précieuses lumières. Ainsi, par exemple, un état cachectique spécial, la fièvre dite hectique accompagnent à peu près constamment les grandes dégénérescences tuberculeuses, encéphaloïdes, tandis que les productions fibreuses, fibro-cartilagineuses, osseuses même, ne nuisent le plus souvent que d'une manière *mécanique*. Les productions de cette dernière espèce, véritables organes nouveaux et parasites, sont même assez souvent complètement innocentes. Que d'adhérences celluleuses de la plèvre et du péricarde chez des individus qui jouissent d'une santé parfaite! Mais lorsque les productions dont il s'agit sont situées de manière à comprimer certains organes importants, à rétrécir ou à oblitérer des canaux, à s'opposer au jeu de certaines parties mobiles, comme les valvules du cœur, par exemple, alors il peut en résulter des accidents plus ou moins graves selon l'importance des fonctions dont l'exercice se trouve gêné. Les productions de la première espèce, au contraire, ne jouent pas seulement le rôle de corps étrangers, mais elles peuvent être résorbées en quantité plus ou moins considérable, *infecter* la masse du sang de diverses manières, et c'est là sans contredit la cause principale de cette altération du teint, de cet amaigrissement qu'on observe chez les sujets qui en sont affectés. Cette résorption concourt, sans doute, aussi, à l'entretien du mouvement fébrile ou de la fièvre *lente*, *hectique* qui consume les malheureux individus atteints de tubercules, de cancers ramollis, etc. Mais la cause productrice *ordinaire* de ces dégénérescences, l'inflammation chronique, puisqu'il faut l'appeler par son nom, est un autre élément dont il importe de tenir compte quand il s'agit d'apprécier le mode de développement de cette fièvre. En supposant même, avec quelques-uns, que l'inflammation fût consécutive à la présence des produits accidentels qui nous occupent, elle n'en devrait pas moins être considérée comme un des foyers du mouvement fébrile. Au reste, il faut avoir observé avec bien peu d'attention les maladies tuberculeuses et cancéreuses, pour enseigner que l'inflammation n'a été pour rien dans leur apparition. Une fois développés sous l'influence d'un travail inflammatoire sourd, latent, les tubercules et les cancers peuvent, il est vrai, causer par leur présence un nouveau travail inflammatoire.

On a tant répété, dans ces derniers temps, que le diagnostic était la base de la médecine, que sans lui la pratique était incertaine, vacillante et pour ainsi dire privée de sa boussole naturelle, qu'il serait superflu d'insister beaucoup sur cet objet. Je ne puis néanmoins m'empêcher de faire remarquer combien il est peu de médecins assez profondément exercés dans l'usage des méthodes exactes d'observation, pour pouvoir diagnostiquer, avec quelque assurance, les maladies les plus communes. J'en acquiers chaque jour davantage la triste conviction. Cette ignorance vraiment déplorable en matière de diagnostic est la source des plus graves erreurs thérapeutiques. L'un, flottant dans une incertitude invincible sur le siége positif et la nature de la maladie pour laquelle il sera appelé, ne sachant à quelle méthode curative recourir, se consumera en tâtonnements insignifiants, temporisera, laissera marcher la maladie ou bien sacrifiera tour à tour aux méthodes les plus opposées. Un autre diagnostiquera une maladie essentiellement différente de celle qui existe, et ce contre-sens diagnostique sera suivi d'un contre-sens thérapeutique. Je parlerai plus loin des fatales conséquences où conduisent les mauvais traitements, de quelque espèce qu'ils soient. Je n'avais pour le moment à signaler que la corrélation qui existe entre le diagnostic et la thérapeutique (1).

(1) Hippocrate a dit : « Qui ad cognoscendum sufficit

Il est doux d'espérer que, sous le point de vue du diagnostic, la génération médicale qui s'élève sera infiniment supérieure à celle qui l'a précédée. C'est avec une bien vive satisfaction que je vois les élèves laborieux qui assistent à ma clinique, reconnaître, après une année d'étude, des maladies journellement méconnues par des praticiens qui jouissent, d'ailleurs, d'une réputation méritée. Je suis bien loin de parler ainsi pour attaquer le savoir de confrères que j'estime et que j'honore : mon unique intention est de faire ressortir les avantages de l'éducation médicale actuelle sur celle de l'époque dont nous sortons.

CHAPITRE IV.

GÉNÉRALITÉS SUR LA MARCHE, LE COURS, LA DURÉE, LA TERMINAISON, LE TYPE DES MALADIES.

§ Ier. *Marche ou Cours des maladies.*

On donne aux maladies le nom d'*aiguës* ou de *chroniques*, selon que leur marche est rapide ou lente, suivant qu'elles parcourent à pas précipités les diverses phases de leur complète évolution, ou qu'elles décrivent, au contraire, lentement le cercle de leur entier développement; et comme la même maladie peut, pendant la durée entière de son évolution, affecter successivement la marche *aiguë* et *chronique*, cette distinction ne porte pas sur le fond même ou l'essence des maladies, mais bien sur leur forme. Cette remarque pourra paraître oiseuse, je le sais; elle m'a cependant paru indispensable, à une époque où quelques médecins s'imaginent avoir prouvé suffisamment que deux maladies diffèrent de nature, par cela seul que l'une appartient aux *maladies aiguës*, et l'autre aux maladies *chroniques*.

Quoi qu'il en soit, les considérations que l'on présente ordinairement sur la marche aiguë ou chronique des maladies, ne s'appliquent guère qu'à la classe désignée sous les noms de *fièvres continues et de phlegmasies*, maladies dont l'identité est aujourd'hui clairement démontrée. Cependant il est d'autres maladies auxquelles cette distinction peut s'appliquer : ainsi, par exemple, il est, à un degré au-dessous de l'inflammation, des *excitations fluxionnaires*, des *irritations nutritives ou hypertrophiques*, des *excitations nerveuses*, dont la marche est tantôt lente, et tantôt rapide. On est obligé de convenir, il est vrai, que ces états morbides représentent des nuances ou des *dégradations* de celui qui constitue essentiellement l'inflammation. C'est ainsi du moins que les Hunter, les Dupuytren et M. Broussais ont conçu l'objet qui nous occupe (1).

Il est une foule de circonstances qui influent sur la marche des maladies : telles sont, entre autres, la violence plus ou moins grande de la cause, la constitution générale, la sensibilité ou l'irritabilité variable des sujets, le siége de la maladie dans tel ou tel organe, dans tel ou tel tissu, les moyens thérapeutiques, etc., etc.

L'influence combinée de certaines constitutions et de certaines causes sur la marche des maladies, mérite une étude sérieuse. Qu'un sujet fort et sanguin s'expose brusquement, son corps étant en sueur, à l'impression et à la respiration d'un air froid, et il pourra contracter une péripneumonie ou une simple bronchite aiguë. Au contraire, qu'un sujet pâle, lymphatique, à peau fine, disposée à la transpiration, soit soumis à de légères transitions de chaud et de froid, et il pourra essuyer une bronchite ou une péripneumonie lente, sourde, chronique, facile à se terminer par un travail tuberculisateur.

§ II. *Terminaison, périodes, durée des maladies.*

I. Les maladies ne sont, à la rigueur, susceptibles que de deux modes de terminaison, savoir, la guérison ou la mort. Le passage d'une maladie aiguë à l'état chronique ne mérite pas, en effet, d'être désigné sous le nom de terminaison ; car une ma-

medicus, ad sanandum etiam sufficit. » Baglivi a exprimé la même idée : « Qui benè judicat benè curat. » Sydenham est plus explicite encore, dans le passage que voici : « Non minus certò etiam a minutissimis morbi circumstantiis indicationes curativas possit medicus desumere, quam ab iisdem sumpsit diagnostica. Atque adeò non semel mihi in mentem subiit, quod si morbi cujuslibet historiam diligenter perspectam haberem, par malo remedium nunquam non scirem adferre, variis ejusdem phœnomenis viam, quâ mihi incedendum foret haud dubiam permonstrantibus. Quæ quidem phænomena, si inter se sedulo conferantur, manu quasi ducerent ad indicationes illas maximè obvias, quæ ex intimo naturæ sensu, non verò phantasiæ erroribus depromuntur. »

(1) L'hypertrophie qui, selon quelques auteurs, survient d'une manière aiguë, ne paraît guère différer de la turgescence qui accompagne cet état morbide, si variable en intensité, qu'on est jusqu'ici convenu d'appeler inflammation. Quant à l'hypertrophie proprement dite, celle qui ne provient pas d'une sorte de turgescence inflammatoire, je ne sache pas qu'elle se soit jamais développée d'une manière vraiment aiguë. On peut appliquer, en effet, à la simple augmentation ou diminution de nutrition des organes en général, ce que j'ai dit ailleurs de cette double lésion étudiée dans le cœur : « l'hypertrophie et l'atrophie du cœur, en prenant ces dénominations dans leur rigoureuse acception, ne se développent jamais d'une manière aiguë, et restent ainsi fidèles à cette marche mesurée, à ce mouvement lent et en quelque sorte *chronique*, qui constitue l'allure de l'acte nutritif à l'état normal. »

ladie n'est pas terminée, parce qu'elle est devenue chronique. Si donc on se sert de ce mot pour exprimer la métamorphose dont il s'agit, c'est que, en médecine, comme dans tant d'autres sciences, le mot propre n'est pas toujours celui dont on fait choix.

II. La durée des maladies présente les plus grandes différences, selon une foule de circonstances. De toutes ces circonstances, celle qui influe le plus puissamment sur la durée des maladies, est, sans contredit, le traitement. Pour ne parler ici que des phlegmasies aiguës ordinaires, telles que la pneumonie, la pleurésie, l'angine, le rhumatisme, la péricardite, l'érysipèle, etc., il est certain que leur durée est tellement subordonnée au traitement, qu'elle peut être diminuée de moitié et même plus, si on les attaque par la formule des saignées coup sur coup, dont je parlerai plus loin, au lieu de les combattre par les formules généralement usitées. Depuis quatre ans, plusieurs centaines de faits, recueillis avec le plus grand soin, ont prouvé jusqu'à l'évidence, cette importante vérité à tous ceux qui ont suivi, avec quelque assiduité, la clinique dont je suis chargé.

Ces faits ont surabondamment démontré que les maladies ne parcourent pas nécessairement, et comme *fatalement*, les périodes diverses en lesquelles leur cours entier a été divisé, et qu'on peut, en un mot, les *juguler* (1).

Parmi les maladies dont le cours et les périodes sont le mieux réglés, les maladies appelées fièvres éruptives, par exemple, il en est, telles que la rougeole et la scarlatine, entre autres, qui, sous l'influence du traitement que nous leur avons opposé, ont été guéries avec une rapidité qui ne leur a pas permis de se conformer exactement aux lois d'évolution que les auteurs leur ont assignées (2). La variole est la seule maladie de ce genre, qui, jusqu'ici du moins, soit malheureusement restée fidèle aux périodes que tous les observateurs lui ont reconnues. Je ne sais trop s'il en sera toujours ainsi : les essais que j'ai faits pour abréger le cours de cette maladie, si formidable sous la forme confluente, ne m'autorisent pas encore à me prononcer définitivement à cet égard. Toutefois, ils ont eu des résultats assez avantageux, pour que nous soyons du moins fondé à les répéter, en nous conformant à ces règles de prudence, dont, quoiqu'en puissent dire quelques charitables confrères, nous ne nous sommes jamais écarté. Ce n'est pas, d'ailleurs, par de vains mots, mais bien par les faits les plus nombreux et les plus éclatants que nous répondons aux insinuations de quelques ennemis du progrès.

La méthode par laquelle je combats les maladies appelées autrefois *fièvres essentielles*, et spécialement celle qui porte le nom de *fièvre typhoïde, entéro-mésentérique*, etc., et que je désigne ordinairement sous le nom d'*entéro-mésentérite* ou d'*entérite typhoïde*, cette méthode, dis-je, a, de la manière la plus évidente, abrégé aussi de moitié au moins la durée du mal, et l'a souvent *jugulé*.

Le traitement n'exerce pas sur la durée des maladies chroniques une influence aussi puissante que sur celle des maladies aiguës, bien que cependant cette influence soit encore des plus positives.

On voit assez, par ce qui précède, qu'il est actuellement impossible d'exprimer en chiffres précis la durée moyenne et les durées extrêmes des maladies. Les unes peuvent se terminer par la mort d'une manière subite : telles sont les ruptures du cœur et des gros vaisseaux, les *apoplexies cérébrales*, et de là, le nom de *foudroyantes* qu'elles ont reçu. D'autres, de simples congestions, par exemple, se terminent par la guérison dans l'espace d'un jour (maladies *éphémères*) ou même de quelques heures. La peste, le choléra-morbus peuvent entraîner la mort avec une rapidité presque égale à celle de certaines apoplexies foudroyantes. Une double pneumonie, une endocardite sur-aiguë, simple ou compliquée de péricardite, de pleurésie, peuvent se terminer d'une manière funeste, dans l'espace de deux, trois ou quatre jours. C'est ainsi que succomba le Démosthènes français, Mirabeau.

Les phlegmasies aiguës ordinaires, d'une moyenne intensité, traitées à leur début, ou à une époque voisine de leur début, par la méthode que j'exposerai plus loin, se terminent par la guérison pour la plupart, dans l'espace du premier au second septenaire. Traitées avec mollesse, elles durent vingt, trente, quarante jours et même plus.

La durée des maladies chroniques est vraiment

(1) J'entends ici par cette expression métaphorique, appliquée, par exemple, à la pneumonie, qu'on peut, par un traitement bien dirigé, empêcher qu'elle ne passe du premier au second degré, quand on est appelé à la traiter dès son début, et du second au troisième degré, quand déjà elle était parvenue au second degré, au moment où les moyens curatifs ont été mis en usage.

Quelques auteurs ont admis trois périodes dans les maladies, savoir : l'*accroissement*, l'*état* et le *déclin*. Nous ne ferons que rappeler cette division, qui ne s'applique qu'à un certain nombre de maladies et non à toutes.

(2) Quand je parle ainsi, je ne prétends pas avoir *jugulé* franchement les maladies dont il s'agit, comme j'affirme l'avoir fait pour la pneumonie, le rhumatisme, l'érysipèle, etc. La rougeole et la scarlatine, quelle que soit la rapidité avec laquelle nous en ayons obtenu la guérison, ont eu une période d'incubation, d'éruption et de *dessiccation* ou de desquamation. Mais ces périodes n'ont pas eu la durée qu'on leur assigne, et celle de desquamation, par exemple, a souvent été très-peu marquée ou presque nulle. Les accompagnements de ces maladies, tels que l'angine, la bronchite, le coryza, le larmoiement ont cédé avec une admirable facilité.

illimitée ou indéfinie. Il n'est pas besoin de dire que, toutes choses égales d'ailleurs, cette durée, dans les cas où la terminaison doit être funeste, est d'autant moins prolongée que les organes où réside le mal sont plus nécessaires à la vie. Ainsi, telle masse tuberculeuse qui, développée dans le voisinage de la moelle alongée, donnera lieu à la mort dans l'espace de quelques mois, aurait siégé impunément pendant de longues années dans les ganglions lymphatiques extérieurs, et même dans plusieurs organes intérieurs, etc. Ce que nous disons ici de l'influence du *siége* sur la durée des maladies *chroniques*, est évidemment applicable aux maladies *aiguës*.

Je m'arrête, non que le sujet soit épuisé, mais parce que, pour le traiter dans tous ses détails, il me faudrait franchir les limites que je me suis imposées dans cet *Essai*. Je ne terminerai pas toutefois sans rappeler que pour traiter convenablement les diverses questions qui se rattachent à ce sujet, il est évidemment indispensable de faire usage de cette *méthode arithmétique*, dont nous avons déjà tant de fois signalé l'utilité.

§ III. *Du type des maladies.*

Trois types fondamentaux sont admis en pathologie, savoir, le type *continu*, le type *intermittent* ou *périodique*, et le type *rémittent*, expressions qui, emportant avec elles leur signification, n'ont pas besoin d'une définition en forme.

Toutes les maladies ne sont pas également susceptibles du triple type ci-dessus indiqué. La classe des lésions purement mécaniques ou anatomiques, par exemple, se refuse à ce genre de distinction.

Les types *continu* et *rémittent* sont pour ainsi dire réduits à une seule forme, qui ne comporte que de très-légères variétés, mais il n'en est pas ainsi du type *intermittent* ou *périodique*. En effet, celui-ci présente les formes les plus variées, sous le point de vue de l'intervalle qui peut exister entre les divers *accès* ou *attaques* dont se composent les maladies *intermittentes*. Tantôt ces intervalles sont égaux, tantôt ils sont inégaux. Comme nous ne traitons ici que des plus hautes généralités des maladies, et non des sous-généralités applicables à telle ou telle classe de maladies, nous ne développerons pas toutes les modifications du type intermittent, lesquelles sont subordonnées, en effet, à l'espèce des maladies. Sous ce rapport, les nosologistes les plus célèbres, et Pinel en particulier, ont commis une grave erreur, en admettant que les types continu et intermittent pouvaient se manifester indifféremment dans certaines classes de maladies, celle des *fièvres essentielles* de cet illustre auteur, par exemple. En effet, les seules maladies qui, selon moi, soient réellement susceptibles du type intermittent proprement dit, appartiennent toutes ou presque toutes à la catégorie des *névroses*. Les fièvres *continues* et les fièvres *intermittentes* ne sont donc pas, à mon avis, une seule et même maladie. Les premières, ainsi que nous le savons, rentrent dans la classe des phlegmasies. Or, une véritable phlegmasie, telle qu'une pneumonie, une pleurésie, une *entérite*, aiguës ou chroniques, ne sont, à rigoureusement parler, jamais intermittentes. Admettre avec Pinel, par exemple, qu'une véritable fièvre adynamique (fièvre entéro-mésentérique, typhoïde, etc.) peut offrir le type intermittent, est une erreur si grande, qu'on a peine à concevoir qu'elle ait échappé à un esprit aussi supérieur. Au reste, il en est ainsi, je le répète à dessein, de toutes les autres maladies décrites dans la classe des *fièvres essentielles*.

Partant de cette idée que les phlegmasies intenses bien conditionnées, celles qui, non arrêtées, tendent à se terminer par la suppuration et l'ulcération, ne sauraient jamais offrir le type périodique ou intermittent, il y a déjà plusieurs années, que j'ai considéré les maladies dites fièvres intermittentes comme essentiellement différentes des phlegmasies dont il s'agit. Réfléchissant d'un autre côté, que les maladies périodiques, autres que les fièvres intermittentes, se rangent dans la classe des névroses (hystérie, épilepsie, certaines névralgies, etc.), j'ai été conduit à penser, à *supposer*, si l'on veut, que les maladies dites fièvres intermittentes constituaient aussi de véritables *névroses*; et comme, suivant moi, la fièvre, étudiée d'une manière abstraite, c'est-à-dire indépendamment des phlegmasies locales qui peuvent lui donner naissance, réside dans le système sanguin, et que ce système paraît être animé par le grand sympathique, j'ai en quelque sorte été forcé d'admettre que les fièvres intermittentes étaient probablement une *névrose* de ce dernier nerf; et comme aussi les phénomènes d'un accès de fièvre intermittente sont l'expression d'un excès d'activité du système organique qui en est le siége, j'ai rangé cette névrose au rang des névroses *actives* (1). D'où il suit, en dernière analyse, que pour moi les fièvres intermittentes sont aux phlegmasies proprement dites du système sanguin, ce que sont les névralgies pures et simples aux névrites, l'épilepsie et la manie également pures et simples aux inflammations véritables du cerveau, etc., etc. Je n'insisterai pas plus long-temps sur ce sujet, d'ailleurs assez conjectural, pour ne pas sortir du cercle des généralités dans lequel me renferme la nature de cet *Essai*.

(1) Je n'ignore pas que d'autres auteurs ont également placé, avant moi, le siége des fièvres intermittentes dans l'appareil nerveux. J'expose donc ici mes propres idées, sans vouloir enlever à qui de droit l'honneur d'avoir localisé comme il convient les maladies qui nous occupent.

Malgré les travaux de plusieurs excellents auteurs, il reste tant d'obscurités sur la *cause* première de l'intermittence en général et de chacun des modes divers dont elle est susceptible, que je n'en traiterai point ici. Je renvoie aux recherches de MM. Roche, Mongellaz et autres, qui ont étudié particulièrement ce sujet, et dont les explications ne satisfont point, je dois l'avouer, à toutes les conditions du problème. Il en est ainsi de la théorie de M. Bailly (de Blois), la plus malheureuse et surtout la plus bizarre de toutes les hypothèses qui aient été proposées sur l'intermittence des fièvres.

CHAPITRE V.

GÉNÉRALITÉS SUR LE PRONOSTIC ET LA MORTALITÉ DANS LES MALADIES.

S'il est une partie de la clinique médicale dans laquelle on ne puisse exceller sans posséder une expérience aussi vaste que *précise*, réunie aux plus hautes qualités de l'intelligence, c'est assurément la science du pronostic, c'est-à-dire, la connaissance exacte ou du moins approximative de ce qui peut, de ce qui doit arriver dans un cas donné de maladie. La première, l'indispensable condition de tout pronostic, c'est la connaissance exacte de la maladie. Le diagnostic est, en effet, la base du pronostic comme celle de la thérapeutique? Le pronostic n'est lui-même, au fond, qu'un genre de diagnostic : il a pour but, en effet, de diagnostiquer l'*avenir* d'après l'état présent et passé d'une maladie qu'on a sous les yeux.

Le pronostic, cette sorte d'art de *prophétisation*, ou de *divination médicale*, ne repose encore aujourd'hui que sur des bases en général bien incertaines. Les aphorismes d'Hippocrate sur ce sujet font, sans doute, le plus grand honneur au génie du divin vieillard. Mais ils ne sont réellement dignes de toute notre admiration qu'en nous reportant au temps où ils furent composés, c'est-à-dire à l'âge d'enfance de la médecine. Le pronostic, à notre époque, doit reposer sur des données plus positives, et c'est un des sujets les plus importants à la fois et les plus difficiles auxquels on puisse appliquer ce calcul des probabilités dont nous avons parlé avec quelques détails, dans un autre endroit de cet *Essai*.

Jusqu'ici nous manquons encore des vrais éléments d'un pronostic tel que le réclame l'état actuel de la médecine. J'ai vainement cherché dans les auteurs des notions exactes et positives sur cette matière. On n'y trouve rien autre chose que des assertions vagues, que des à peu près insignifiants : point de rapports numériques, point de formules, point de lois, point de véritable science, par conséquent. La plupart des assertions générales ne s'appliquent réellement qu'à un petit nombre de maladies, et encore ne s'y appliquent-elles souvent qu'à certaines conditions, dont les auteurs n'ont pas parlé, ou dont ils n'ont pas bien calculé la valeur et la portée.

Les objets sur lesquels doit rouler le pronostic sont fort divers. Il ne consiste pas seulement, en effet, à déclarer si une maladie donnée se terminera par la guérison ou par la mort. Il consiste aussi à calculer, d'une manière positive ou aussi approximative que possible, quelle sera la durée de la maladie, quelles sont, dans certains cas douteux, les chances probables de mortalité et de guérison, si variables suivant une foule de circonstances, quelles seront les conséquences prochaines ou éloignées de tel ou tel phénomène, de tel ou tel accident survenu dans le cours d'une maladie, etc., etc. Que de faits bien observés, bien résumés, bien pesés et bien comptés, quelle justesse d'esprit ne faut il pas pour résoudre un pareil problème ! aussi que de faux prophètes en médecine ! que de prévisions déçues ! que de pronostics qui ne se sont pas accomplis ! C'est en se livrant à un travail aussi fatigant que nous sommes parvenu à poser quelques faibles bases du calcul des probabilités appliqué aux événements, aux faits éventuels sur lesquels roule le pronostic médical, et spécialement aux chances de mortalité dans diverses maladies aiguës, suivant les divers modes de traitement, le degré, la durée et l'étendue de la maladie, l'âge, la constitution des malades, etc., etc. (1). On trouvera dans la quatrième partie de cet *Essai* quelques-uns des résultats que nous signalons, et quant à présent, nous nous bornerons à l'exposition des généralités suivantes.

Le pronostic suppose que les phénomènes morbides sont soumis à des lois *constantes*, à l'instar des autres phénomènes de la nature. S'il en était autrement, comment pourrait-on appliquer aux maladies futures les conclusions tirées des maladies passées ? Il est vrai que nous ne connaissons pas toutes les lois des faits pathologiques, que les conclusions tirées des faits passés ne sont applicables aux faits futurs qu'avec les restrictions qu'exigent les différences qui existent toujours entre deux séries de faits médicaux appartenant d'ailleurs à une seule et même catégorie. En disant, en effet,

(1) « La probabilité d'un événement quelconque consiste, comme l'a dit Laplace, dans le rapport du nombre » des cas favorables à celui de tous les cas possibles. C'est » une fraction dont le numérateur est le nombre des cas » favorables, et dont le dénominateur est le nombre de » tous les cas possibles : quand tous les cas sont favorables à un événement, sa probabilité se change en certitude, et son expression devient égale à l'unité. »

que les phénomènes pathologiques sont soumis à des lois constantes, nous supposons que toutes les conditions accessoires au milieu desquelles ils se développent restent les mêmes. Or, comme ces conditions sont infiniment variables l'*inconstance* tant proclamée des lois dont il s'agit est, au fond, plus apparente que réelle ; et c'est ici le cas de dire, avec l'auteur de l'*Esprit des Lois* : CHAQUE DIVERSITÉ EST UNIFORMITÉ, CHAQUE CHANGEMENT EST CONSTANCE.

Quelle que soit la maladie à laquelle on ait affaire, le pronostic qu'on en portera, devra, pour être juste, reposer, ainsi que nous l'avons dit plus haut, sur une saine appréciation de la nature, du siége, de l'intensité, de l'étendue de la maladie, et sur la connaissance des modifications qu'entraînent dans la durée et la mortalité de cette maladie les circonstances de l'âge, du sexe, de la constitution, de la saison, du climat, etc. Comme on peut facilement se tromper dans cette appréciation, Hippocrate dirait encore aujourd'hui avec raison : *In acutis morbis non omnino tutæ sunt prædictiones neque mortis, neque sanitatis.*

Le pronostic est surbordonné à l'état où se trouve la thérapeutique au moment où il est porté : prenons un exemple. D'après la méthode généralement suivie jusqu'ici par la plupart des meilleurs praticiens, on doit pronostiquer qu'il succombera un tiers environ des individus atteints de péripneumonie et de fièvre typhoïde (entérite typhoïde, entéro-mésentérite aiguë). Hé bien ! en adoptant la méthode qui nous est propre et telle que nous l'avons appliquée depuis quatre ans, on peut pronostiquer que la mortalité dans les cas ci-dessus ne sera que d'un sixième à un huitième, c'est-à-dire qu'elle sera moindre de plus de moitié.

En présence de tant de difficultés, le médecin le plus éclairé, qui possède au plus haut degré le *tact médical*, ne doit se prononcer lui-même qu'avec une grande circonspection sur la plupart des questions de pronostic (1). Au reste, plus on se familiarisera avec l'art d'observer *exactement* les faits sous tous les points de vue, plus on s'habituera désormais à l'application de la méthode numérique aux événements qui sont du ressort du pronostic, plus aussi cette partie de la médecine se rapprochera de ce degré de certitude et de précision dont aucune *véritable science* ne saurait se passer.

(1) On n'a pas besoin, au reste, de recommander cette circonspection à la grande majorité des praticiens. Ils poussent, au contraire, la réserve en pareille matière jusqu'à ses dernières limites. Cette extrême réserve dispense, il est vrai, d'études infiniment pénibles. D'ailleurs, auprès de bien des gens, celui-là est le vrai *savant* qui ne *prédit* rien, et celui-là est un *présomptueux*, qui annonce comme certain ou du moins très-probable qu'il surviendra tel ou tel changement, tel ou tel événement. D'un autre côté, comme l'a dit M. Chomel, « rien n'est plus propre à concilier au médecin la confiance du malade et des personnes qui l'entourent, que la confirmation du pronostic par les événements, et rien n'est plus nuisible pour lui que les erreurs du même genre. » Puisqu'il en est ainsi, c'est souvent, j'en conviens, un calcul très-sage que de ne pas se mêler de pronostic et d'attendre les événements au lieu de les prévoir.

CHAPITRE VI.

GÉNÉRALITÉS SUR LA THÉRAPEUTIQUE OU LE TRAITEMENT DES MALADIES.

ARTICLE PREMIER.

Idée générale de la thérapeutique ; des bases réelles de cette partie de la Médecine.

Dans les précédents chapitres, nous avons vu comment l'esprit humain procédait à l'étude des causes, de la nature, des caractères anatomiques et physiologiques des maladies. Il s'agit maintenant d'examiner comment il en découvre le traitement. La thérapeutique ou l'*art* de traiter les maladies, est pour ainsi dire la partie *active* de la médecine : de simple spectateur, le médecin devient acteur (1). Or, la thérapeutique suppose une faculté spéciale, une sorte de sens intellectuel, que je désignerai sous le nom d'esprit ou de génie thérapeutique, lequel n'est qu'une dépendance de ce *génie inventif et philosophique* dont nous avons parlé dans la seconde partie de cet *Essai*.

Nous avons démontré précédemment que le diagnostic était le fondement essentiel de la thérapeutique, ou plutôt, nous avons admis, avec tous les médecins, que c'était là un axiôme qui n'avait pas besoin de démonstration. Comment, en effet, traiter une maladie qu'on ne connaît pas ? La thérapeutique n'est réellement qu'une *déduction*, qu'un *corollaire* des idées ou des doctrines que l'on s'est faites sur la *nature* des maladies (2). C'est pourquoi il est si important de ne pas se tromper en matière de *diagnostic*. Ainsi que nous l'avons vu,

(1) Aussi est-ce du nom de cette partie de la science, *mederi*, que vient le nom de médecin ou de *medicus*.

(2) M. Louis, je le sais, ne veut pas que l'on regarde la thérapeutique comme un *corollaire de la pathologie*. (Voyez *Recherches sur les effets de la saignée*, page 82 et ailleurs.) Comme lui assurément, nous en appelons à l'expérience, éclairée par la méthode numérique, en matière de thérapeutique ; mais que M. Louis nous dise donc sur quelle base repose l'expérience thérapeutique ; car enfin, avant d'expérimenter, et de compter les expériences thérapeutiques, il faut avoir trouvé une méthode de traitement.

dans la première partie de cet *Essai*, Bichat a très-bien établi que tous les systèmes de pathologie avaient reflué sur la thérapeutique, et comme ces systèmes étaient souvent entachés de fausseté, la thérapeutique, qui n'en était que la conséquence, et pour ainsi dire la conclusion, a dû être et a été également fausse, c'est-à-dire mauvaise, nuisible. C'est un grand malheur, sans doute, mais il était inévitable, et il se représentera sans cesse jusqu'au moment où nous n'aurons que des idées parfaitement justes sur la nature des maladies, à moins toutefois de ne traiter les maladies sans avoir égard à leur nature, ce qui est aussi absurde qu'impossible.

En effet, s'il était possible de traiter ainsi, à quoi servirait le diagnostic, c'est-à-dire la connaissance de la nature des maladies, dans les limites que nous avons précédemment posées? Mais dans beaucoup de cas, dira-t-on, on ne connaît pas la nature des maladies; comment alors appliquer le principe ci-dessus énoncé? Il est certain qu'on ne peut pas l'appliquer alors; aussi le hasard seul fait découvrir le traitement des cas dont il s'agit, et Dieu sait si le hasard est une méthode thérapeutique.

On a désigné particulièrement sous le nom d'*expérience* la méthode au moyen de laquelle nous étudions les faits de la thérapeutique. C'est que, en effet, ce genre d'observation consiste à étudier les résultats produits sur un individu malade par une médication quelconque, et que toute médication est un *essai*, une *épreuve*, un *expériment*.

Le mot d'expérience, qui vient d'*experiri*, essayer, suppose donc un élément, une condition qui manque dans l'observation pure et simple des phénomènes. Suivant Zimmermann, il y a la même différence entre *observer* et *expérimenter* qu'entre écouter et interroger. « *Le médecin observateur*, dit-il, *écoute la nature, celui qui expérimente l'interroge.* » En un mot, dans l'expérience thérapeutique, il y a observation de faits provoqués par le médecin, tandis que dans l'observation proprement dite, le médecin est pour ainsi dire simple spectateur de phénomènes, dans le développement desquels il n'a pris aucune part. Il est vrai que ces phénomènes eux-mêmes ont été provoqués par un agent quelconque, et sous ce point de vue les maladies sont de véritables expériences. Mais encore une fois, en thérapeutique, le médecin est en quelque sorte l'agent provocateur et le ministre responsable des expériences dont il s'agit de constater les résultats.

L'expérience sur l'homme n'est pas la seule source des lumières thérapeutiques en général. On peut tirer un grand profit de l'expérience sur les animaux, en appliquant ses résultats à l'homme, avec toutes les précautions, ou si l'on veut, avec toutes les *restrictions* convenables.

L'observation et la juste appréciation des faits de la thérapeutique réclament l'usage le plus attentif de ces facultés et de ces méthodes dont nous avons présenté l'analyse dans la seconde partie de cet *Essai*.

Dans l'état actuel de la thérapeutique, la méthode numérique en particulier ne saurait être trop employée, en se conformant aux règles que nous avons posées précédemment. En effet, comme dans un bon nombre de maladies, les médecins ne sont d'accord ni sur la nature de ces maladies, ni sur la valeur des moyens qui leur sont opposés, ni sur le véritable mécanisme de ces moyens, la comparaison du nombre des individus morts et guéris par l'emploi de chaque méthode rivale, est alors un document de la plus haute importance. Avant de porter un jugement définitif sur la supériorité de telle ou telle méthode, de telle ou telle formule thérapeutique, on aura grand soin de répéter et de multiplier les expériences comparatives. En procédant ainsi par la *voie des grands nombres* dans l'appréciation de la valeur absolue ou relative des méthodes thérapeutiques, on est sûr d'éviter les graves erreurs. Quiconque suivra cette marche, pour peu qu'il soit doué d'un esprit juste et dégagé de préventions, ne tardera pas à savoir à quoi s'en tenir sur la valeur d'un traitement donné. Dans tous les temps, je le sais, on a jugé les méthodes thérapeutiques par leurs œuvres, et chaque praticien apportait à l'appui de la sienne le grand nombre de ses guérisons. Mais on ne comptait alors que d'une manière vague, et par de simples *à peu près*. Or, la véritable et bonne méthode du calcul ne consiste pas à dire, j'ai guéri *beaucoup de malades*, j'en ai *guéri plus que tel ou tel de mes confrères*, mais bien à exposer le chiffre précis du nombre des morts et des guéris, sous l'influence d'un certain traitement, dans des conditions déterminées aussi rigoureusement que possible, et à comparer ce chiffre avec celui fourni par un nombre égal de malades, traités par une autre méthode, et placés dans des conditions semblables (1) à celles où se trouvaient les précédents.

En considérant tous les genres de difficultés dont la science de la thérapeutique est hérissée, on ne s'étonnera point de l'état précaire où elle est restée jusqu'ici. Dans la première partie de cet ouvrage, nous avons vu comment cette science a été traitée par les Pinel et les Bichat. Suivant le premier, elle réclame impérieusement une réforme radicale. Suivant le second, « la pratique de la médecine est rebutante, et elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable,

(1) La similitude n'est, dit-on, jamais parfaite. J'en conviens; mais telle qu'on peut l'obtenir, elle suffit pour la solution du problème qui nous occupe. Notre opinion est, à cet égard, conforme à celle de M. Louis.

quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières médicales. » D'autres ont dit qu'il fallait nettoyer cet étable d'Augias. Tout récemment, M. Louis a dit expressément que la *thérapeutique était dans l'enfance*. Considérées d'une manière générale et absolue, ces sentences sont, peut-être, trop sévères : en effet, il est un certain nombre de maladies dont la thérapeutique a déjà, depuis long-temps, acquis un haut degré de certitude et de précision. Mais il est très-vrai que les reproches indiqués s'appliquent, dans toute leur sévérité, à plusieurs points de la thérapeutique. Le seul moyen de faire cesser ce déplorable état de choses, et de tarir la source de ces tristes lamentations, c'est de procéder dans l'étude de la thérapeutique, en se conformant aux principes généraux que nous avons exposés dans la seconde partie de cet *Essai*, et que nous venons de rappeler ici en peu de mots.

Grâce à cette philosophie, on ne tardera pas à prendre une idée plus favorable de la thérapeutique, et nous ne rencontrerons plus, il faut l'espérer, une foule de gens du monde, et même quelques confrères, qui nous demandent tout bas à l'oreille, et de bonne foi, si nous *croyons à la thérapeutique*. Selon eux, la médecine devrait être, jusqu'à un certain point, assimilée à la science de ces augures qui ne pouvaient se regarder sans rire. Certes, il y a de quoi s'affliger pour le vrai médecin, en entendant parler ainsi aujourd'hui de la médecine. Qu'on s'étonne après cela, si l'*homœopathie*, qui ne vaut pas assurément beaucoup plus que la science des augures, exploite largement l'ignorante crédulité du vulgaire!

Tâchons de former une nouvelle génération médicale, capable de faire une justice définitive de ces croyances absurdes, qui ne rappellent que trop les temps où l'on consultait les devins et les sorciers. Nous réussirons dans ce projet, si l'éducation médicale est désormais dirigée dans cette voie d'exactitude et de précision que nous avons essayé de lui tracer ici. Alors, la thérapeutique sera une collection de faits bien observés, et constituera par conséquent une véritable science. Je conviens que cette thérapeutique-là est un peu moins à la portée de tout le monde que celle des homœopathes et des magnétiseurs. Elle suppose, en effet, une connaissance exacte des maladies, la chose dont les homœopathes s'occupent le moins. Du moment où l'on se fera une juste idée de ce que c'est qu'une maladie, l'homœopathie et toutes les pratiques du même genre auront vécu. Mais, objecte-t-on, il faut bien s'en rapporter à l'expérience, en matière de thérapeutique. Assurément, et c'est précisément pour cela qu'il ne faut pas croire aux homœopathes; car il n'est aucun d'eux qui ait jamais consulté la saine expérience. S'il était vrai que l'expérience eût paru favorable à leurs pratiques, c'est bien de cette expérience qu'il faudrait dire, avec Hippocrate, *experientia fallax*. Mais en voilà trop sur une digression qui nous est échappée comme malgré nous (1).

(1) Depuis que cet article est écrit, j'ai lu, dans l'excellente dissertation de M. le professeur Forget pour le concours à la chaire de clinique de la Faculté de Strasbourg, des réflexions tout-à-fait en harmonie avec les principes que nous avons exposés ici et dans plusieurs endroits de cet *Essai*. Voici les réflexions dont il s'agit :

« Au lieu de ces faits pesés et comptés qu'on exige de « nos jours, que trouvons-nous dans les fastes de l'art ? « de vains échos, l'autorité parlant au nom de l'autorité ; « par-ci par-là quelques vagues énoncés de succès obte- « nus, sans appréciation des circonstances, sans le con- « trôle des revers inhérents à la pratique la plus heureuse; « et pour qu'on ne nous accuse pas d'exagération lais- « sons parler l'histoire.

« Que n'a-t-on pas dit des succès de Laënnec dans le « traitement des pneumonies par l'émétique à haute dose? « Eh bien ! il n'y a pas six mois qu'un relevé scrupuleux « des cahiers de visite de Laënnec, au temps où il em- « ployait l'émétique à haute dose comme méthode géné- « rale, a démontré que Laënnec perdait un pneumonique « sur trois *. C'est que, pour Laënnec comme pour tant « d'autres, deux succès effaçaient un revers; tant l'homme « le plus probe peut s'abuser à son insu lorsqu'il caresse « une idée favorite.

« . . . . . Le temps est venu de faire justice des « médicaments à réputation usurpée, et d'appuyer la re- « nommée des remèdes réellement efficaces sur des bases « plus solides ; telle est la haute mission de la clinique, « qui, par cette simple épuration réaliserait le plus pré- « cieux des progrès**.

« . . . . . La statistique raisonnée est le seul critè- « rium des progrès réels, quelles que soient d'ailleurs les « chances de déception qu'elle comporte : c'est à l'artiste « qu'il appartient de corriger les défauts des instruments « dont il est obligé de se servir***.

* J'ai publié ce relevé, qui m'a été fourni par M. Lecouteulx, aide de clinique, dans mon article *Pneumonie du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique;* on le trouvera aussi dans la quatrième partie de cet Essai, et l'on verra que la mortalité a été de deux sur cinq, c'est-à-dire de plus du tiers.

** M. Forget ajoute en note cette sentence de Bacon, savoir : que la *quantité et la variété des médicaments sont filles de l'ignorance.*

*** La statistique bien faite ne saurait induire en erreur. Si donc tant d'erreurs circulent en quelque sorte sous le couvert de la statistique, ce n'est pas à cette méthode qu'il faut s'en prendre, mais bien à ceux qui n'ont pas su l'employer suivant les règles convenables : *Non crimen artis quod professoris est.*

ARTICLE II.

De la thérapeutique empirique et de la thérapeutique rationnelle.

La thérapeutique purement empirique est celle qui repose uniquement sur la connaissance brute de la vertu curative de tel ou tel moyen, dont on ignore complètement le mécanisme (1). On désigne, au contraire, sous le nom de thérapeutique rationnelle, celle qui est fondée sur une connaissance exacte de la nature et du mode d'action des moyens qu'on lui oppose. Cette forme de la thérapeutique est la seule qui satisfasse complètement l'esprit; mais malheureusement elle ne trouve que trop rarement son application dans le traitement des maladies dites *internes* ou *médicales*.

En clinique chirurgicale, au contraire, les cas ne sont pas rares où la thérapeutique rationnelle est employée. En effet, ramener un os luxé à sa place naturelle, en faisant agir des puissances dans une direction inverse à celle qu'ont suivie les forces productrices de la luxation; retirer, soit par une opération sanglante, soit par la lithotritie, un calcul de la vessie; dilater les canaux rétrécis ou leur en substituer en quelque sorte d'artificiels; pratiquer la ligature d'une artère blessée, etc., etc.: voilà des procédés thérapeutiques vraiment rationnels.

Bien que, je le répète, la thérapeutique médicale ne fasse que trop rarement usage de moyens dont l'action puisse être expliquée d'une manière aussi claire, aussi *mathématique*, elle devient néanmoins chaque jour de plus en plus rationnelle, à mesure que nos connaissances sur la nature des lésions organiques et sur l'action des agents morbifiques s'étendent et se perfectionnent. La saignée, dans les cas de pléthore, ou bien pour rendre l'absorption plus libre et plus facile; les bains, dans les maladies de la peau produites par la malpropreté; l'abstinence du régime animal, des mets de haut goût, en un mot, de toutes les substances qui contiennent une grande quantité d'azote, dans les cas où des individus rendent des calculs d'acide urique; l'emploi d'un grand nombre de contrepoisons, etc., voilà autant de cas dans lesquels nous pouvons analyser, expliquer l'action de nos méthodes thérapeutiques médicales; voilà, en d'autres termes, des exemples de la forme pleinement rationnelle de la thérapeutique médicale. Les émissions sanguines et les rafraîchissants, dans les phlegmasies locales et générales, les antiseptiques dans les maladies avec tendance à la décomposition putride, etc., voilà encore des moyens, dont le *raisonnement* peut, jusqu'à un certain point, nous faire saisir le mode d'action et pour ainsi dire le mécanisme.

Dans une foule de cas, d'ailleurs, il existe, au sein de nos organes intérieurs, des lésions analogues à celles qui, placées à l'extérieur, deviennent l'objet d'une thérapeutique rationnelle. Mais, par une triste fatalité, les opérations qui seraient nécessaires pour mettre à découvert ces lésions internes, et celles qu'il faudrait pratiquer sur les organes malades eux-mêmes pour obtenir leur guérison, entraîneraient des accidents presque toujours mortels, si l'on avait la témérité d'y recourir.

Par un rare bonheur, au contraire, quelques-unes des médications employées sur le témoignage de l'empirisme seul, sont d'une efficacité pour le moins aussi grande que celle des méthodes les plus rationnelles. Qui ne connaît les admirables succès du quinquina, c'est-à-dire d'un médicament dont le mode d'action nous échappe, contre les fièvres intermittentes en général et contre les pernicieuses en particulier, c'est-à-dire contre les maladies dont la nature intime nous est le plus profondément inconnue?

Il est des cas, en thérapeutique, où l'expérience et la raison semblent être dans une espèce de contradiction. Tel est le cas de la méthode des *infiniment petits* thérapeutiques de M. Hahnemann. Or, une pareille contradiction ne saurait jamais être réelle. D'où vient cette *apparente* contradiction? d'une mauvaise logique ou d'une mauvaise expérience (*experientia fallax*). Pour la faire disparaître, il suffit de bien observer et de bien raisonner. La pratique *antirationnelle* de M. Hahnemann ne résistera pas long-temps à l'épreuve de la saine expérience.

ARTICLE III.

De la force médicatrice de la nature, et de la guérison dite spontanée des maladies, avec ou sans crises.

La question de physiologie *thérapeutique* qu'il

(1) On prend ici le mot empirisme en bonne part. Ce n'est pas ainsi que l'a défini Zimmermann. Selon lui, « un « *empirique* en médecine est un homme qui sans songer « même aux opérations de la nature, aux signes, aux cau- « ses des maladies, aux indications, aux méthodes, et « surtout aux découvertes des différents âges, demande le « nom d'une maladie, administre ses drogues au hasard, « ou les distribue à la ronde, suit sa routine et méconnaît « son art. L'expérience d'un empirique est toujours fausse, « parce que cet homme exerce son art sans le connaître, « et suit les recettes des autres sans en examiner les cau- « ses, l'esprit et la fin. » N'en déplaise à Zimmermann, l'homme dont il parle n'est pas simplement un empirique, mais un je ne sais quoi qui ne mérite pas de nous occuper ici.

s'agit d'examiner ici n'est pas de celles qui ne présentent rien d'obscur et d'embarrassant. Qu'est-ce que la *nature* d'abord ? Combien de choses dans ce seul mot ! Qu'est-ce ensuite que la *force médicatrice* de cette même nature ? Que de nouvelles discussions soulève cette nouvelle expression !

Notre intention n'est pas de sonder toutes les profondeurs du sujet qui nous occupe. Nous ne l'étudierons guère que sous le point de vue clinique et expérimental, et nous laisserons à d'autres la tâche difficile de son analyse philosophique.

Un fait constaté par tous les vrais observateurs, c'est que la même puissance qui préside au maintien de la santé, tend, dans quelques maladies, surtout aiguës, à rétablir l'équilibre rompu et à ramener l'ordre et le rhythme naturel dans les fonctions organiques bouleversées. Cette tendance du corps malade à revenir à son état normal, constitue ce que les pathologistes ont désigné sous le nom abstrait de force curatrice ou médicatrice de la nature. Sans doute, il ne faut pas accorder à cette force des ressources illimitées, et s'imaginer qu'elle rende superflus les secours de l'art. Il est bon de nous défier de notre penchant naturel à l'exagération, et de l'espèce de fatalité qui nous entraîne comme malgré nous dans le cercle étroit des opinions trop exclusives. Considérée d'une manière abstraite, cette force ne représente rien de clair et de positif à l'esprit. Il en est d'elle, sous ce rapport, comme de la *force* ou du *principe vital*. Mais on peut analyser en quelque sorte cette idée complexe, et en la réduisant ainsi à ses éléments constituants, on voit qu'elle embrasse l'ensemble des actes organiques au moyen desquels certaines maladies guérissent sans le secours de la médecine. Dans ce cas, le principe vital agit parfois, suivant Corvisart, à la manière d'un physicien (1). Ce qu'il y a de positif, c'est que sans l'intervention des actes vitaux, les maladies les plus simples en apparence, telles que les plaies, les ulcères, les fractures, par exemple, ne sauraient en effet guérir. L'art place les parties dans certaines conditions favorables à la guérison; puis, à la force plastique de la nature seulement appartient le pouvoir de fabriquer le cal et la cicatrice.

(1) « Le physicien, dit ce grand observateur, voit les « altérations des parties de sa *machine* ; il en modère, il « en suspend l'action partielle ou totale, ou il substitue « une partie nouvelle à une défectueuse. En médecine, « l'art peut apercevoir quelques altérations des parties ; « parfois il peut en modérer l'action, très-rarement la « suspendre ; mais rien ne lui est possible quant à la sub- « stitution d'une bonne partie à une mauvaise.

« *Ce que fait le physicien, le principe vital le fait, il « est vrai, mais médiatement, c'est-à-dire à la faveur « des éléments dont il s'empare et qu'il élabore.* » (*Essai sur les maladies du cœur ; Discours préliminaire*, page XIX.)

C'est par un autre acte vital, celui de l'absorption, que s'accomplit la disparition de ces matières anormalement épanchées dans des cavités, ou infiltrées dans la trame des organes, etc., etc. Mais qu'on n'aille pas croire que cette *providence* intérieure, pour me servir de l'heureuse expression de M. Broussais, agisse avec intention et par *raisonnement*, comme l'enseignait Stahl. En effet, il nous serait facile de citer ici une foule immense de cas dans lesquels le travail de la nature ne s'opère qu'au détriment du malade. C'est ce qui arrive dans les cas d'adhérences vicieuses, de brides qui s'opposent au jeu des parties, de tumeurs et de végétations qui compriment les organes, obstruent les canaux, etc., etc.

Sachons donc reconnaître dans l'organisme l'existence d'une puissance qui, lorsque la maladie a dérangé l'équilibre normal des fonctions, et altéré plus ou moins la structure de nos organes, fait, dans de certaines limites, de salutaires efforts pour rétablir l'ordre dans les fonctions, et pour réparer les altérations organiques. Mais appliquons-nous en même temps, et de toutes nos forces, à la recherche des moyens par lesquels l'art peut seconder la nature et partager avec elle l'honneur de la guérison.

Hippocrate se plaisait en quelque sorte à signaler les heureux efforts de la nature médicatrice. Il faut en dire autant de Sydenham et de Fr. Hoffmann. « *Natura*, dit le premier, *noctes atque dies nostris rebus invigilat, consulitque.* » Les expressions du second ne sont pas moins remarquables, les voici : « Vis medicatrix naturæ profusa medicamina non requirit, vis medicatrix naturæ quæ ægritudines valde periculosas, ut pestem, exanthematicas, variolosas, morbillosas et inflammatorias febres, depellit quam optime (1). »

On désigne particulièrement sous le nom de crises les évacuations salutaires qui surviennent dans le cours des maladies aiguës et fébriles en général. Nous nous garderons bien de nous engager dans toutes les interminables controverses dont les crises ont été l'éternel sujet ; il nous suffit que les évacuations qui surviennent quelquefois au déclin des maladies aiguës, aient été observées par tous les médecins, quelle que soit la secte à laquelle ils appartiennent. Le fait une fois bien constaté, chacun peut s'efforcer d'en trouver une légitime et saine explication. Quant à nous, nous ferons seulement observer que le soulagement qui se manifeste à la suite des évacuations de ce genre, concourt à prouver l'existence de l'altération secondaire ou primitive des liquides et surtout du sang. On

(1) Il y a malheureusement beaucoup à rabattre de cet éloge. En effet, si la force médicatrice de la nature guérit plusieurs individus atteints de la peste et de la variole, elle en laisse aussi succomber un très-grand nombre.

dirait que ces évacuations constituent une sorte de sécrétion accidentelle, au moyen de laquelle le système circulatoire rejette, expulse, vomit, pour ainsi dire, les matières nuisibles, dont la masse sanguine était imprégnée.

Il n'est pas inutile de rappeler, d'ailleurs, l'analogie qui existe entre ces évacuations accidentelles, ces crises pathologiques, et les évacuations naturelles, sorte de crises physiologiques ou normales, au moyen desquelles le torrent sanguin se débarrasse journellement des principes dont il ne pourrait supporter impunément la présence. N'est-ce pas, en effet, par le libre exercice des sécrétions normales, telles que celle de l'urine, de la transpiration cutanée, etc., que l'économie se maintient dans son état de santé? Si donc, dans les maladies, nous voyons des évacuations accidentelles produire les plus avantageux résultats, ce phénomène n'est pas plus étonnant que les sécrétions naturelles, dont l'objet est de dépouiller le réservoir sanguin de tout ce qu'il peut contenir de nuisible. En un mot, pour nous, les crises ne sont autre chose qu'une modification des évacuations normales.

Considérées sous ce point de vue, les crises ne présentent rien qui répugne à la plus saine physiologie; elles se rangent parmi les nombreux phénomènes dont l'ensemble constitue *la force médicatrice*. C'est peut-être ici le lieu de rappeler, à l'appui de ce que nous venons de dire, que chez les animaux, dans le sang desquels on injecte des matières putrides, presque constamment il survient d'abondantes évacuations, soit par les urines, soit par les selles. Ces évacuations sont souvent suivies de soulagement, quelquefois même d'une complète guérison. Toutefois, dans le plus grand nombre des cas, elles n'empêchent pas les animaux de succomber. Or, nous le demandons à tous les médecins de bonne foi, ces évacuations n'ont-elles pas la plus frappante analogie avec les évacuations dites critiques?

Par tout ce qui précède, on voit que les phénomènes appelés du nom de *crises* ne sont réellement que les phénomènes naturels modifiés; et que si la doctrine des *crises*, telle que la conçoivent quelques-uns, est un assemblage bizarre de grossières hypothèses et d'opinions incohérentes, il n'en est pas moins vrai que cette doctrine repose sur des faits que l'observation journalière nous fournit. Que ces faits aient été mal interprétés, à la bonne heure; mais ce n'est pas une raison d'en nier l'existence. Certes, s'il fallait nier tous les faits qui ont été mal expliqués, surtout en médecine, parmi la mase énorme de ceux que nous possédons, il en resterait un très-petit nombre auquel nous pussions ajouter foi.

Depuis quatre ans passés que j'examine avec le plus grand soin, en présence de nombreux témoins, les qualités de l'urine dans le cours des maladies aiguës, j'ai eu l'occasion de constater qu'effectivement ces qualités varient singulièrement, selon telle ou telle phase de la maladie. Mais je me suis surabondamment convaincu que les urines dites critiques sont l'*effet* et non la *cause*, le *signe* et non le *moyen* de la guérison des maladies dans le cours desquelles on les observe. C'est donc pour moi une question de séméiologie plutôt qu'une simple question de thérapeutique, et c'est pour cela que je n'y insisterai pas plus long-temps ici.

ARTICLE IV.

De la thérapeutique expectante ou négative, et de la thérapeutique agissante ou positive. Des moyens hygiéniques.

La question de la médecine expectante ou *négative* et de la médecine agissante ou *positive* (1) ne s'applique réellement qu'à une certaine catégorie de maladies, à la classe des inflammations fébriles, par exemple, soit simples, pures, franches, légitimes, soit compliquées d'une infection primitive ou consécutive de la masse sanguine (2). S'il était vrai, comme le prétend Fréd. Hoffmann, que la force médicatrice de la nature guérît le mieux du monde (*quàm optimè*) les maladies dont il s'agit, ce serait faire preuve d'une grande sagesse que de s'abstenir ici de toute médication active, énergique. Au contraire, beaucoup d'individus, abandonnés aux seules ressources de la nature, succombent-ils à ces maladies, tandis qu'ils auraient guéri, si le médecin eût secondé les efforts de la force médicatrice de la nature, il serait plus qu'imprudent de s'en rapporter à la médecine expectante. Aussi, après avoir loué la simplicité thérapeutique d'Hippacrate, Sydenham, tout convaincu qu'il était du pouvoir de la nature médicatrice, ajoute-t-il : « Altera ab hâc methodus, quâ ars mendendi possit ulterius provehi, in eo potissimum cardine vertitur, ut certa aliqua, et consummata undiquè ac fixa methodus medendi in publica commoda tradatur,

(1) Les mots *positive* et *négative* sont ici employés pour signifier que dans un cas le médecin s'abstient de toute médication active, énergique, tandis que dans un autre cas il a recours au contraire à une pareille médication. Mais, à rigoureusement parler, il n'est pas de thérapeutique absolument *négative* ou purement *expectante*; en effet, quelque paresseuse que soit la médecine la plus expectante, elle s'occupe au moins de la *diététique*.

(2) Ce serait une absurdité que de poser en question si l'on doit attendre ou bien au contraire agir dans le traitement des maladies mécaniques ou chirurgicales proprement dites, une luxation, une hémorrhagie, etc. On peut en dire autant à l'égard de certaines maladies médicales, telles qu'un empoisonnement, une apoplexie, une fièvre pernicieuse, etc.

eam intelligo, quæ satis magno experimentorum numero corroborata suffultaque, huic vel illi morbo devincendo suppar invenitur. »

La médecine expectante a joui d'une grande faveur sous la domination de la *Nosographie philosophique*, et nous avons vu précédemment (page 14) que Pinel fait un reproche à Sydenham d'avoir prescrit des saignées médiocrement copieuses dans le traitement de la pleurésie. « Comment concilier, *s'écrie-t-il*, avec les principes éternels de la *force médicatrice de la nature*, ce que dit Sydenham du traitement de la pleurésie, qui, suivant lui, ne peut être guérie dans un adulte, qu'en lui faisant perdre quarante onces de sang par des saignées successives ! »

Les expressions de médecine *expectante* et de médecine *agissante* sont si vagues, la dernière surtout, qu'il est difficile de bien s'entendre dans les discussions où l'on est obligé de les employer. La médecine expectante peut être préférable à telle méthode agissante et non à telle autre. Ainsi, par exemple, d'après les faits que j'ai observés, il vaudrait mieux s'en tenir à la diète et aux boissons émollientes, gommeuses, dans le traitement de la maladie dite *fièvre typhoïde*, que de combattre cette maladie par l'*action* des purgatifs répétés; mais il vaut beaucoup mieux, au contraire, la combattre par l'action des saignées générales et locales convenablement formulées, secondée par l'emploi des chlorures et des vésicatoires, que de se borner au rôle d'*expectateur*.

Il n'appartient, au reste, qu'à la saine expérience de résoudre la question vraiment vitale que nous effleurons ici. Quant à moi, qui, depuis quinze ans, n'ai rien négligé pour savoir à quoi m'en tenir sur un sujet si grave, je suis convaincu, par quelques milliers de faits (1), que dans le traitement des maladies aiguës ordinaires, telles que les inflammations de la poitrine, de l'abdomen et de la tête, etc., la méthode purement expectante serait un véritable fléau, si l'on en compare les résultats avec ceux obtenus par une méthode agissante convenable. On peut donc appliquer à cette méthode, *et à fortiori*, ce que j'ai dit ailleurs de la méthode agissante employée avec trop de timidité dans le traitement des inflammations aiguës du cœur : « Si l'on compte trop peu de guérisons radicales et complètes, il est juste d'en faire peser la responsabilité presque toute entière sur la timidité avec laquelle les moyens convenables ont été mis en usage. C'est en procédant avec cette timidité, généralement décorée aujourd'hui du faux nom de prudence, que l'on fabrique, de toutes pièces, tant de maladies *chroniques organiques*, suivant l'expression de Corvisart, affections dans lesquelles la débile vue des praticiens vulgaires ne reconnaît plus, comme le faisait le coup d'œil perçant de ce profond génie, les caractères d'une inflammation aiguë, passée à l'état chronique. Il n'est pas de jour où je n'aie la triste occasion de constater de nouveaux effets de cette déplorable prudence, qui conduit lentement au tombeau une bonne partie du genre humain. Oui, j'en conviens, les demi-moyens en médecine, suffisent assez souvent pour empêcher la mort dans la première période des inflammations aiguës ; mais il est certain que la plupart de ces inflammations, ainsi traitées, passent à l'état chronique, et entraînent ces fatales lésions organiques, dont les nombreuses et pâles victimes se rencontrent à chaque pas dans la carrière de la pratique. Trois ans passés d'une médecine hardie, c'est-à-dire véritablement *prudente*, m'ont appris, ainsi qu'à un bon nombre d'élèves, et à quelques confrères éclairés et de bonne foi, le précieux secret de préserver de cette funeste terminaison, la presque totalité des individus affectés d'une inflammation aiguë non encore trop avancée. » (*Traité clinique des maladies du cœur* ; t. 1er page 309.)

Je n'insisterai pas davantage sur une question aussi mal déterminée que celle de la médecine agissante et de la médecine expectante. Pour bien résoudre les questions, il faut qu'elles soient posées d'une manière précise. Or, tant de questions de thérapeutique spéciale se trouvent comprises dans celle de la question générale de la médecine agissante, qu'il faudrait un volume pour les examiner toutes. Je m'en tiens aux généralités ci-dessus, que je prie le lecteur de ne pas étendre au-delà des limites que je leur ai imposées moi-même.

Si la thérapeutique proprement dite, ou la *matière* médicale, ne fait pas partie intégrante de la médecine expectante, il n'en est pas de même de l'hygiène. En effet, il n'est aucune maladie un peu sérieuse dans laquelle on puisse s'abstenir des moyens hygiéniques, ou de l'usage bien ordonné des *six choses* si improprement appelées *non naturelles*. L'hygiène est, en effet, un des éléments fondamentaux de l'art de traiter les maladies : à tel point que, dans l'immense majorité des cas un peu graves, les médications les plus énergiques resteraient impuissantes, si elles n'étaient secondées par une saine direction des modificateurs hygiéniques. Il faut une expérience consommée, et une rare habileté pour manier comme il convient, les instruments de l'hygiène, et faire heureusement, et pour ainsi dire harmoniquement, concourir leur action avec celle des instruments plus

(1) Quiconque a une idée du nombre des malades qui passent sous les yeux d'un observateur attaché en même temps à un hôpital et au Bureau central d'admission, saura bien que je n'exagère pas en parlant ici par *milliers*. Depuis bientôt cinq ans que je fais le service au bureau indiqué, j'ai reçu et interrogé 25,000 malades au moins.

actifs et plus énergiques de la matière médicale. Aussi que d'accidents, que de rechûtes éclatent chaque jour, à la suite d'une imprudence de régime, de certaines influences atmosphériques, de diverses affections morales, d'un exercice prématuré, etc., etc. !

Une maladie étant une fois déclarée, on tenterait vainement de la combattre par les méthodes les plus énergiques à la fois et les plus rationnelles, si la cause qui l'a produite n'était éloignée. Au contraire, un certain nombre de maladies, même graves, ne se dissiperaient-elles pas d'elles-mêmes, si lorsque leur cause productrice étant éloignée, l'on s'en tenait aux simples soins hygiéniques (*sublatâ causâ tollitur effectus*)?

On a dit avec raison, depuis bien long-temps, que la diète et l'eau étaient deux grands médecins. Or, la diète et l'eau constituent de purs moyens hygiéniques. Dans les maladies aiguës, dans les maladies fébriles, quelque différentes qu'elles soient d'ailleurs entre elles, sous divers rapports, ce double moyen est de la dernière rigueur, pendant un temps variable, suivant une foule de circonstances, que je ne saurais bien préciser qu'en descendant dans des particularités étrangères à notre objet actuel. Nous ne devons que poser ici les principes, sauf à les poursuivre dans toutes leurs conséquences et dans toutes leurs applications, quand il s'agira pour nous des diverses classes de maladies, et des innombrables espèces comprises dans chacune de ces classes. Ce n'est, au reste, qu'au lit des malades qu'on apprend bien les préceptes de l'hygiène pathologique, ainsi que ceux de la thérapeutique proprement dite.

Règle générale : 1° tant que, dans une maladie aiguë fébrile, vous n'aurez point complètement, ou à peu près, éteint le mouvement fébrile, ne prescrivez pas le plus léger aliment; 2° lorsque l'état fébrile étant dissipé, vous pourrez commencer l'usage des aliments, n'en permettez d'abord qu'une petite quantité, prise parmi les plus légers, n'en augmentez la *dose* que par degrés bien ménagés, et s'il faut pécher en pareille matière, que ce soit par *défaut* plutôt que par *excès*.

J'ajouterai seulement ici que, sans l'exécution sévère de ces préceptes, dans le cours des maladies aiguës et dans la convalescence, nous ne serions jamais parvenu à obtenir des méthodes thérapeutiques énergiquement employées par nous les succès dont nous parlerons plus loin.

—

ARTICLE V.

Des indications et des méthodes de thérapeutique positive ou agissante. De la classification de ces méthodes et de la nécessité de les formuler avec précision.

§ 1er. *Des indications thérapeutiques.*

Les *indications* thérapeutiques, sujet sur lequel certains auteurs ont si longuement disserté, dérivent évidemment du diagnostic de la maladie. En effet, lorsque la nature de celle-ci est exactement connue, elle *indique* comme d'elle-même le remède. Ainsi, par exemple, il faut réunir les parties divisées, replacer dans leur position normale les parties luxées, herniées, extraire les corps étrangers, etc.

Contraria contrariis curantur : tel est le dogme qui domine toute la thérapeutique (1). Mais encore une fois, pour faire l'application de cette loi fondamentale de l'art de guérir, il faut connaître la nature de la maladie. Et comme dans un grand nombre de cas, cette nature ne nous est nullement connue ou ne l'est du moins qu'en partie, il s'ensuit que les indications ne peuvent être fournies que par l'expérience que nous avons acquise de l'utilité de tel ou tel moyen dans des cas analogues à celui qui se présente à combattre. C'est encore ici la question de la thérapeutique rationnelle et de la thérapeutique empirique.

Suivant M. Chomel, « les indications ne doivent jamais être établies sur des théories ni sur des raisonnements abstraits » (2). Je ne sais trop ce que M. Chomel entend par des *théories et des raisonnements abstraits*, et je ne connais en thérapeutique que de bons ou de mauvais raisonnements, de bonnes ou de mauvaises théories. Or, les indications thérapeutiques sont elles-mêmes une théorie, un mode de raisonnement, un acte rationnel, car je ne sache pas que jamais médecin ait pu saisir une indication sans se servir de son esprit ou de sa raison. C'est aussi la maxime de M. Chomel. Mais il établit divers espèces de raisonnement qui ne me semblent pas faciles à concevoir. Il paraît admettre un raisonnement qui ne serait pas simple et na-

(1) On a voulu substituer à ce principe celui de *similia similibus curantur*. Il semble que le père de l'homœopathie ait lui-même senti l'énorme absurdité d'un pareil dogme, en appliquant la division *infinitésimale* aux médicaments qu'il administre. En effet, grâce à cet artifice, le danger de sa pratique, ce véritable type de la médecine *négative* ou *expectante*, se trouve, sous un rapport, comme non avenu. En dosant les médicaments à l'instar des *allopathes*, les homœopathes eussent fait trop de mal pour pouvoir trouver quelques partisans.

(2) *Pathologie générale*, page 539.

turel ni fourni par le bon sens, et, selon lui, ce serait un raisonnement de cette espèce que celui d'après lequel on établirait le traitement de certaines maladies sur les *théories brillantes* de la chimie (1). Il me semble cependant que c'est un raisonnement très-conforme au bon sens que de puiser dans les saines théories de la chimie certaines indications thérapeutiques, comme c'en est un très-bon aussi que de chercher dans la saine mécanique d'autres indications. Au re e, tout ce que dit M. Chomel *des circonstances qui peuvent fournir des indications chez l'homme malade* (2), est applicable aux méthodes thérapeutiques dont nous allons maintenant parler.

§ II. *Des méthodes thérapeutiques et de leur classification.*

Les méthodes thérapeutiques ou les médications consistent dans une heureuse combinaison d'un certain nombre d'agents ou de moyens simples auxquels on pourrait donner le nom d'*éléments thérapeutiques*. Ces éléments sont fournis par la même source que les causes des maladies. On pourrait même dire, à la rigueur, que les agents thérapeutiques sont le plus souvent des agents *nosogéniques*, avec cette circonstance essentielle et caractéristique, que leur action *nosogénique* est opposée à l'état morbide actuellement existant. C'est en vertu de cette circonstance qu'ils deviennent des instruments de guérison.

Quoiqu'il en soit, nous ne nous occuperons point ici de chacun des innombrables éléments thérapeutiques, ni des détails des méthodes (1) dont ils font partie, car notre plan ne comporte que des généralités.

Il faut en convenir : c'est un problème d'une solution bien laborieuse que celui de la classification des médicaments ou mieux des médications. On ne doit donc pas être étonné du peu de succès des classifications de ce genre proposées jusqu'ici. Toutes ces classifications portent le cachet ou l'empreinte des systèmes médicaux qui régnaient à l'époque où elles furent créées. Elles se sont écroulées avec ces systèmes, comme des édifices dont on a sapé la base. « On créa des désobstruants, dit Bichat, quand la théorie de l'obstruction était en vogue. Les incisifs naquirent quand celle de l'épaississement des humeurs lui fut associée. Quand il fallut envelopper les âcres, on créa les inviscants, les incrassants, etc. (2). »

Après avoir attaqué ces classifications, Bichat indique la base sur laquelle doit reposer, selon lui, une classification des médicaments. « Sans doute, dit-il, il est extrêmement difficile de classer encore les médicaments d'après leur manière d'agir; mais il est incontestable que tous ont pour but de ramener les forces vitales au type naturel dont elles s'étaient écartées dans les maladies. » Nous avons fait voir précédemment en quoi péchait le système physiologique et pathologique de Bichat. Une clas-

(1) « Le seul raisonnement qui doive être employé est « le raisonnement simple et naturel que fournit le bon « sens, et qui sort immédiatement des phénomènes qu'on « observe. Toutes les fois qu'on voudra agir en médecine, « d'après une série d'arguments enchaînés d'une manière « plus ou moins ingénieuse, on tombera dans des erreurs « aussi nuisibles au médecin qui s'y livre que dangereuses « pour les malades.

« Quelques hommes ont essayé de substituer à la théra- « peutique d'autres bases que l'observation et l'expérience « aidées du raisonnement naturel ; les théories brillantes « de la chimie ont fait entrevoir à leurs partisans la possi- « bilité d'établir sur des fondements nouveaux le traite- « ment des maladies. » (*Pathologie générale*, page 537.)

J'avoue que je ne puis comprendre comment on pourrait *substituer à la thérapeutique d'autres bases que l'observation et l'expérience aidées du raisonnement naturel*, à moins qu'on ne prétende que le raisonnement ne soit pas aussi naturel en chimie, par exemple, que partout ailleurs, et que l'expérience et l'observation ne soient pas les *bases de cette science*.

(2) « Les principales de ces circonstances, selon M. Cho- « mel, sont le genre de maladie, sa forme particulière et « son type. L'état des forces, l'intensité de la maladie, les « périodes, les symptômes prédominants, le siége, les « complications, les causes et certaines circonstances « commémoratives, la tendance de la maladie vers telle « ou telle terminaison, l'influence qu'elle peut exercer sur « la constitution du sujet ou sur quelques affections « préexistantes, l'effet des moyens déjà employés, soit « chez le malade lui-même, soit chez d'autres dans le cas « d'épidémie, fournissent aussi des indications qui ne doi- « vent pas être négligées. »

Toutes ces circonstances, encore un coup, sont autant de données qu'il faut consulter quand il s'agit de déterminer les méthodes thérapeutiques.

(1) On devrait réserver le nom de *méthode thérapeutique* pour désigner l'ensemble des moyens par lesquels il faut combattre les divers genres de maladies : c'est dans ce sens qu'il a été employé quelquefois, comme, par exemple, quand on dit *méthode antiphlogistique*. Mais dans beaucoup de cas, on applique le mot méthode à chacun des éléments divers dont un appareil thérapeutique peut être composé. C'est ainsi qu'on dit méthode révulsive, méthode vomitive, méthode purgative, etc., dans les cas où les révulsifs, les vomitifs, les purgatifs sont employés pour combattre des maladies inflammatoires. Or, dans ce cas, il est évident que ces moyens ne sont que des éléments de l'appareil ou de la *méthode* antiphlogistique. On a même appliqué le nom de méthode à la manière dont on administre certains médicaments : c'est ainsi qu'on dit *méthode endermique*, etc.

(2) *Voyez* la suite de ce passage à la page 36 de cet *Essai*.

sification thérapeutique fondée sur ce système ne saurait donc satisfaire à toutes les conditions du problème. En effet, que penser d'une classification qui s'appuierait sur un système pathologique, suivant lequel toutes les maladies consistent en des lésions de propriétés qui n'ont rien de commun avec les propriétés mécaniques, physiques et chimiques?

M. Chomel divise d'abord *les moyens thérapeutiques en moyens thérapeutiques proprement dits et en moyens hygiéniques*, et *subdivise* ensuite les moyens thérapeutiques proprement dits en externes ou chirurgicaux et en médicinaux ou internes. Rien n'est moins philosophique, on le conçoit, que cette première classification. En effet, elle ne porte ni sur la nature des médicaments, ni sur leur mode d'action, lequel n'est d'ailleurs qu'une conséquence de leur nature. La classification en moyens externes et internes est purement topographique.

Les moyens thérapeutiques externes ont été réunis en quatre séries par M. Chomel, selon qu'ils agissent par *synthèse*, *diérèse*, *exérèse* ou *prothèse*. Cet auteur fait justement observer que cette division des procédés chirurgicaux n'est pas exempte d'imperfections, et passe ensuite à la classification des moyens qui sont du ressort de la pathologie interne. Après avoir dit que « c'est uniquement d'après leur action sur l'économie que les remèdes doivent être classés, » M. Chomel dit qu'on pourrait les rapporter presque tous à sept classes principales, savoir : « les évacuants et les astringents, les débilitants et les toniques, les calmants et les stimulants, et enfin les spécifiques. » Au reste, M. Chomel fait pour ainsi dire bon marché de sa classification. « Nous sommes les premiers, dit-il, a sentir les défauts de cette division; mais nous pensons qu'ils se retrouvent dans toutes les autres, qui ont encore l'inconvénient d'être beaucoup plus compliquées. Nous savons que les évacuants ne produisent pas toujours d'évacuations, et que les astringents les augmentent quelquefois, que tel moyen qu'on rapporte aux débilitants peut dans quelques circonstances augmenter les forces ; nous n'ignorons pas que les calmants, et l'opium en particulier, ont quelquefois produit une stimulation véritable, et qu'à proprement parler, il n'y a point de *spécifiques* (1). » Nous n'ajouterons rien à cette critique paternelle de la précédente classification.

Toute classification thérapeutique doit reposer sur la classification des maladies. En effet, comme nous l'avons déjà dit, la thérapeutique n'est au fond qu'une sorte de corollaire de la nosogénie. Or, puisque nous avons clairement démontré, si je ne me trompe, que parmi les maladies les unes étaient mécaniques et physiques, les autres chimiques, les autres dynamico-vitales ou dynamico-nerveuses, ou ce qui est la même chose, que les unes atteignaient l'organisme dans ses conditions physiques et mécaniques, les autres dans ses conditions chimiques, les autres enfin dans ses conditions dites vitales ou dynamiques ; puisqu'il en est ainsi, dis-je, les médications doivent exercer sur les conditions physiques, mécaniques, chimiques, vitales de l'organisme, une action en sens inverse de celle qui constitue la maladie : *contraria contrariis curantur*. Ces médications ou méthodes thérapeutiques générales se partagent chacune en un grand nombre de genres et d'espèces, que nous étudierons dans le *Traité de pathologie générale et spéciale*, dont cet *Essai* est en quelque sorte l'introduction.

Est-il besoin de dire ici que les agents thérapeutiques (les moyens purement moraux exceptés) ne modifient réellement l'économie qu'en vertu de leurs propriétés mécaniques, physiques et chimiques? Prenons pour exemple la méthode dite antiphlogistique. Les émissions sanguines ne modifient-elles pas à la fois les conditions physiques, chimiques et mécaniques de l'économie vivante? Les refrigérants, tels que les bains froids, les irrigations froides, la glace, etc., n'agissent-ils pas physiquement? Ne fait-on pas par leur emploi une sorte de saignée du calorique de l'organisme (1)? Ne modifie-t-on pas physiquement la composition du sang par les différentes espèces d'aliments qu'on prescrit suivant les cas? N'est-ce pas, par exemple, en supprimant en tout ou en partie les aliments azotés qu'on parvient à prévenir la gravelle? Les moyens dits antiscorbutiques n'exercent-ils pas une influence chimique sur la composition du sang? N'en est-il pas de même de ceux qu'on administre dans les cas de chlorose, etc.? Les contre-poisons dont nous implorons quelquefois le secours n'agissent-ils pas en vertu de leurs propriétés physiques et chimiques? En présence de ces réflexions et des faits dont elles surgissent, peut-on, en vérité, dire avec M. Chomel, que rien n'annonce jusqu'ici la possibilité que les théories brillantes de la chimie puissent fournir un jour quelques indications utiles? (*Path. génér.*, page 538.) L'opium, la strychnine, etc., etc., ne modifient-ils pas particulièrement et en quelque sorte directement les conditions dynamiques propres à l'économie vivante, quelque soit d'ailleurs le principe de ces conditions dont le système nerveux est le réservoir ou le dépositaire?

Mais les spécifiques, dira-t-on peut-être, qu'en faites-vous? Par cela même que nous avons admis des causes et des maladies *spécifiques*, on doit bien penser que nous ne nions pas l'existence des moyens

(1) *Pathologie générale*, page 572.

(1) Nous ne savons que fort peu de chose encore sur le rôle que joue l'électricité de l'économie vivante dans les maladies. S'il était démontré qu'elle est en plus dans certains cas, l'indication ne serait-elle pas d'en soustraire une certaine dose, ou de pratiquer pour ainsi dire des *saignées d'électricité*?

du même nom. Ainsi que nous l'avons établi il y a dix à douze ans, dans une thèse pour le concours de l'agrégation, il est même deux ordres de moyens *spécifiques :* les *spécifiques* de maladies et les *spécifiques* d'organes, tels que la belladone qui agit *spécifiquement* sur un des systèmes nerveux de l'œil, la strychnine qui agit *spécifiquement* sur la moelle épinière, etc. Mais ces moyens, pour être appelés *spécifiques*, n'en n'agissent pas moins en vertu de certaines propriétés physiques, chimiques ou dynamiques, que nous ne pouvons encore *analyser.*

Ainsi, sous quelque point de vue qu'on étudie la médecine, toujours on trouve que c'est un grave contre-sens que d'isoler cette belle partie des connaissances humaines des sciences physiques et chimiques proprement dites. Le temps n'est pas encore venu, je le sais bien, où la doctrine que nous développons sera comprise de tout le monde et généralement adoptée. Mais il faut bien que quelques hommes commencent le mouvement de régénération scientifique, et nous tenons à honneur de faire partie de cette sorte d'avant-garde des amis du progrès.

§ III. *De l'importance de formuler avec précision les méthodes thérapeutiques en général et la méthode des émissions sanguines en particulier.*

Quelque soient les moyens et les méthodes thérapeutiques dont on ait fait choix, on ne saurait apporter trop de soin à en régler tous les éléments d'une manière précise, à les formuler en un mot. Cette vérité est trop évidente par elle-même pour être contestée par personne. Que dirait-on d'un chirurgien qui pratiquerait les opérations, ces espèces de médications chirurgicales, sans en bien connaître toutes les règles, tous les temps, tous les mouvements? Hé bien, il ne faut pas moins exiger du médecin que du chirurgien, dans l'application des méthodes ou des opérations thérapeutiques qui sont de son ressort.

Plus les méthodes qu'emploie le médecin sont énergiques, plus aussi elles doivent être dosées et formulées avec précision. Étant donnée la formule au moyen de laquelle on peut obtenir d'une méthode thérapeutique tous les avantages qu'on a droit d'en espérer, il est indispensable de bien exposer les modifications que cette formule doit subir selon une foule de circonstances, telles que l'âge, le sexe, la constitution, la force des sujets, l'étendue, l'intensité, le siége de la maladie, etc., etc. Ce sont là, comme je l'ai dit dans une autre circonstance, des espèces de *lieux communs*, dont tient compte tout praticien doué du simple bon sens, et ce n'est pas sans quelque étonnement que j'ai vu d'honorables confrères me reprocher d'avoir négligé cet élément dans la nouvelle formule des émissions sanguines générales et locales que j'ai proposée et mise en pratique depuis quatre ans passés.

Il y a deux choses fondamentales à considérer quand il s'agit de doser ou de formuler un moyen ou une méthode thérapeutique. Ce n'est pas assez, en effet, que d'indiquer la quantité ou la dose, il n'est pas moins nécessaire de préciser l'espace de temps dans lequel la dose du remède, quel qu'il soit, doit être administrée (et j'entends ici par remède tout ce qui peut guérir un malade, soit que cela consiste à donner ou à retrancher). Pour expliquer ma pensée, je prendrai précisément pour exemple la méthode des émissions sanguines. Or, les effets qu'on obtient de cette méthode diffèrent infiniment, selon l'espace de temps dans lequel on retire une seule et même quantité de sang. C'est pour avoir enlevé dans l'espace de vingt-quatre heures la même quantité de sang que jusqu'ici l'on retirait en quatre ou cinq jours seulement, que, par un bonheur vraiment rare, je suis parvenu à tant abréger la durée des phlegmasies aiguës (pneumonie, pleurésie, péricardite, rhumatisme articulaire, entérite, érysipèle, etc.), et à diminuer la mortalité de ces maladies, à un point tel, que la chose paraît incroyable à ceux qui n'ont pas vu, et qu'elle ravit en quelque sorte d'étonnement les nombreuses personnes qui en sont journellement témoins. Et on peut être bien convaincu que je me fais un devoir sacré de ne rien exagérer ici. Si je suis l'auteur de la méthode dont je signale les avantages, je ne m'en souviens que pour être sévère dans son appréciation. J'oserai même dire qu'il ne me faut rien moins que la certitude mathématique des bienfaits que l'humanité souffrante est appellée à en retirer, pour me décider a parler ainsi d'une question qui m'est personnelle : mais le *salut des malades doit être la suprême loi du médecin.*

Au reste, depuis quatre ans, les succès que nous obtenons ont été célébrés dans un grand nombre de thèses soutenues à la Faculté de Médecine. Tout récemment, notre savant confrère, M. Capuron, en a fait retentir l'enceinte de l'Académie royale de Médecine. Depuis la discussion prolongée qui s'est élevée au sein de cette compagnie, la formule des saignées coup sur coup a été essayée par M. le docteur Émery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et ses essais ont confirmé pleinement ce que j'avais avancé (c'est dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la pneumonie que M. Émery a, jusqu'ici, fait usage de la formule indiquée). Ce résultat dont j'ai été instruit par M. Émery lui-même, est d'autant plus précieux que, dans la discussion qui s'éleva au sein de l'académie, notre honorable confrère avait paru peu disposé en faveur de notre formule.

J'ai également lu dans un journal (*Lancette*

française, n° 147 — 1835) que la formule des émissions sanguines coup sur coup avait été mise en pratique dans un autre service, et que, en dépit de la prédiction du praticien qui l'employait, elle avait guéri très-rapidement deux cas de rhumatisme articulaire aigu contre lesquels on l'avait tentée. Il est vrai qu'on paraît s'être contenté de cette épreuve, et que loin de la renouveler, comme on aurait pu s'y croire autorisé, on s'est, au contraire, égayé aux dépens de ceux qui prétendent *formuler* les émissions sanguines, prétention qui leur a paru presqu'une folie. Une *folie* qui a pour résultat une mortalité de 1 sur 8 à 9 au plus dans la péripneumonie, et de 1 sur 6 à 7 dans la maladie dite fièvre typhoïde, vaut bien, ce me semble, cette admirable et rare prudence par la grâce de laquelle on perd le tiers des sujets atteints de l'une ou l'autre de ces deux maladies !

Au moment où je compose cet article, j'apprends que, dans le service de M. le professeur Fouquier, la *nouvelle formule* des émissions sanguines a été employée dans un bon nombre de péripneumonies (20 environ, si j'en crois le rapport d'un témoin oculaire), et qu'elle a eu les plus heureux succès. Cela ne surprendra aucun de ceux qui assistent à notre clinique, car ils sont *convaincus* par des faits positifs, qui se répètent chaque jour, que dans les phlegmasies aiguës ordinaires, telles que la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, etc., la terminaison mortelle chez les individus traités dans les premiers jours, est une *très-rare exception*, ainsi que notre savant confrère, M. Capuron, l'a dit, dans un rapport à l'Académie.

Parmi les nombreux témoins dont je pourrais invoquer le témoignage impartial et éclairé, qu'il me soit permis de placer M. le docteur Chevé, chirurgien entretenu de la marine, qui vient de soutenir à la Faculté une excellente dissertation sur la fièvre jaune. Après avoir parlé du traitement qu'il a mis en usage, et qui a surtout consisté en larges émissions sanguines, il dit en note ce qui suit :

« Si à cette époque j'avais été témoin, comme je le suis tous les jours, des résultats vraiment extraordinaires obtenus par M. le professeur *Bouillaud* de l'emploi de sa méthode *jugulante*, ou de la formule des *émissions sanguines coup sur coup*, je n'aurais pas à déplorer aujourd'hui la perte d'un aussi grand nombre de victimes.

» Tout le monde connaît les succès obtenus par M. *Bouillaud* dans le traitement de la pneumonie, de l'érysipèle, de l'entérite typhoïde, du rhumatisme articulaire aigu et de l'endo-péricardite, sa fidèle compagne, en un mot, dans le traitement de toutes les affections aiguës graves, en général. Aussi, quand on a suivi la clinique de ce professeur pendant quelques mois, et qu'on a observé les faits avec impartialité, on comprend très-bien qu'il ait pu, qu'il ait même dû dire : « Dans les affections aiguës ordinaires traitées à temps et convenablement, la guérison doit être la règle, et la mort l'exception. »

Je ne puis, d'ailleurs, mieux continuer cette discussion sur la formule des saignées coup sur coup qu'en rapportant ici un extrait de la lettre à M. Louis que M. le docteur Donné a publiée dans l'un de nos meilleurs journaux, *les Archives générales de médecine* (1).

Comme cette lettre contient d'excellentes réflexions sur le mémoire dans lequel M. Louis s'est occupé de la grande question des émissions sanguines, le lecteur me saura gré, je pense, de cette citation, quoique un peu longue. Je le préviens seulement que la formule telle qu'elle a été rapportée par M. Donné, n'est pas exactement celle que j'emploie, ainsi qu'on pourra s'en assurer en consultant mon article *Pneumonie du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, mon *Traité clinique sur les Maladies du cœur*, mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, et la quatrième partie de cet *Essai*. Quoiqu'il en soit, le suffrage de M. Donné nous paraît d'autant plus *décisif*, que, de son propre aveu, ce médecin, au moment où il fut témoin de la formule des émissions sanguines coup sur coup, n'était *pas très-partisan des émissions sanguines portées très-loin*. Voici maintenant les passages de la lettre de M. Donné à M. Louis, qui m'ont paru devoir être consignés ici :

« Monsieur,

« Permettez à l'un de vos anciens élèves de vous adresser quelques réflexions au sujet de la nouvelle brochure que vous venez de publier, sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires, particulièrement dans la péripneumonie.

» Personne n'est plus pénétré que moi de l'importance de vos laborieuses et constantes recherches; personne n'admire davantage la persévérance de vos efforts, votre ardent amour de la vérité, le profond savoir et l'exactitude que vous apportez dans vos observations. Je me plais en toute circonstance à reconnaître que nulle part, pendant le cours de mes études, je n'ai puisé plus de lumières, plus d'idées nettes et précises sur l'art d'observer les faits sans idée préconçue, de les analyser et de les apprécier, que dans vos leçons ou plutôt dans vos conversations cliniques; la méthode rigoureuse que vous appliquez à l'examen des malades, a mis plus d'ordre en six mois dans ma tête, que

(1) Lettre adressée à M. le docteur Charles Louis, relativement à sa brochure intitulée : *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, etc.; par le docteur Al. Donné, ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine, etc.

n'avaient fait les vagues raisonnements de beaucoup d'auteurs.

» J'arrive à vos recherches sur les *effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires;* les résultats auxquels vous parvenez me semblent, je l'avoue, moins rigoureux que vous ne le supposez.

» Ainsi, d'après vos tableaux, l'emploi de la saignée dans la péripneumonie, n'aurait eu que peu d'influence sur la marche de cette maladie.

» Avant de vous présenter ma principale objection, je vous ferai remarquer qu'il faudrait bien s'entendre sur cette influence de la saignée dont vous parlez. Est-ce de la marche seulement de la maladie, c'est-à-dire de ses diverses périodes et de sa durée que vous voulez parler, ou bien est-ce du résultat définitif, c'est-à-dire de la guérison ou de la mort? En d'autres termes, avez-vous eu pour but de déterminer l'influence de la saignée sur le plus ou le moins de jours que dure la maladie, ou bien sur sa terminaison heureuse ou fatale?

» Ces deux points sont très-différents et méritent assurément d'être soigneusement distingués. En effet, de ce qu'une méthode thérapeutique n'a pas d'influence sur la durée totale d'une maladie, il ne s'ensuit pas nécessairement que cette méthode ne favorise pas la guérison. On pourrait comparer quelques méthodes thérapeutiques à certains procédés opératoires, qui, beaucoup plus longs que d'autres, ne leur sont pas préférables, parce qu'ils mènent plus sûrement à bien, qu'ils établissent une guérison plus complète, plus certaine et avec moins de chances dangereuses. Si vous deviez porter un jugement sur un médicament énergique capable de guérir une maladie en quelques jours et une méthode plus douce, également efficace mais plus longue, vous ne condamneriez pas toujours cette dernière à cause de sa lenteur.

» Ainsi donc, monsieur, vous avez parfaitement raison quand vous dites que la manière dont vous avez employé la saignée dans la pneumonie, n'a dans aucun cas jugulé la maladie; mais vous ne pouvez pas aussi rigoureusement conclure, de la durée de la maladie, quelle a été l'influence des saignées sur le résultat final.

» Il est vrai que dans votre premier Mémoire vous paraissez au premier abord distinguer ces deux points de vue; ainsi après avoir analysé les effets de la saignée sur la marche et le cours de la pneumonie, vous passez en revue *les faits relatifs aux sujets qui ont succombé.* Mais comme les sujets dont vous parlez ont tous été plus ou moins saignés, l'influence des émissions sanguines sur l'issue de la maladie ne ressort pas de votre analyse; car, pour connaître la part que peut prendre la saignée à la guérison, il faudrait comparer les cas où ce traitement a été mis en usage, à d'autres cas dans lesquels on ne l'aurait pas employé. Aussi, dans le paragraphe même concernant les sujets qui ont succombé, vous occupez-vous moins d'apprécier l'influence absolue de la saignée, que son influence relative à l'époque où elle a été pratiquée, durant le cours de la maladie. Vous dites en effet que sur quarante et un malades, qui tous ont été saignés dans les quatre premiers jours de la maladie, dix-huit ou les trois-septièmes environ ont succombé, et que sur trente-six autres saignés plus tard, neuf ou le quart seulement ont eu le même sort. Il est donc évident que vous établissez par ce calcul les effets de la saignée pratiquée à telle ou telle époque de la maladie, et non son influence absolue et définitive sur le résultat, sur la terminaison heureuse ou fatale, sur la guérison ou la mort. Et cependant vous ajoutez un peu plus bas: « mais il ne suffit pas d'avoir étudié l'effet des émissions sanguines sur la marche et *sur la terminaison* de la pneumonie...., etc.»

» En vous exprimant d'une manière si générale, vous paraissez, Monsieur, confondre ensemble le résultat fourni par vos relevés relativement aux effets de la saignée sur la marche et la durée de la pneumonie, celui concernant l'influence de ce même traitement sur l'issue de la maladie, suivant l'époque à laquelle il a été appliqué, avec l'influence absolue et définitive de la saignée en général, sur l'issue funeste ou heureuse de la pneumonie.

» Ces deux choses sont, comme vous le voyez, Monsieur, très-différentes l'une de l'autre, et je crois nécessaire de les distinguer plus nettement que vous ne l'avez fait, dans la crainte de voir quelques esprits pousser les conséquences de vos calculs plus loin que vous ne le faites vous-même.

» Ce n'est pas là le seul endroit de votre brochure où ces deux points sont confondus ensemble. Ainsi je lis à la page 46 de votre second chapitre, le passage suivant: Dans les cas dont il s'agit, comme dans ceux qui ont été analysés dans le chapitre précédent, la saignée n'a donc exercé une influence un peu marquée sur la marche des symptômes de la pneumonie, que quand elle a été pratiquée à une époque assez éloignée du début de cette maladie; et sans doute, comme je l'ai déjà dit, parce qu'alors celle-ci était plus ou moins rapprochée de son terme naturel; tandis qu'elle en était plus éloignée dans les cas où les premières émissions sanguines furent pratiquées plus tôt. « Et ces faits, comme ceux qui sont » relatifs à la durée de la pneumonie, déposent des » bornes étroites de l'utilité de la saignée dans *le* » *traitement* de cette affection. »

» Vous prononcez donc encore ici, Monsieur, sur le *degré d'utilité* de la saignée dans le *traitement* de la pneumonie; c'est-à-dire, suivant le langage reçu, sur le résultat de la maladie, d'après l'influence de cette méthode sur la marche des symptômes, tandis que lorsqu'un peu plus loin vous en êtes

à l'examen du *tartre stibié*, vous suivez une voie directement opposée.

» En effet, chez les seize malades auxquels ce médicament fut administré, l'affection dura, terme moyen, *trois jours de plus que celle des sujets qui ne furent pas soumis à cette médication.* Après avoir expliqué comment il se fait que cette *influence fâcheuse n'est qu'apparente*, vous dites, deux pages plus loin : Ainsi, de vingt sujets (je crois qu'il n'en faut compter que dix-neuf) auxquels l'émétique fut donné dans des circonstances graves, trois seulement succombèrent ; « ce qui ne peut laisser de » doute, ce me semble, sur l'utilité de l'émétique à » haute dose dans le traitement de la pneumonie.»

» Vous appréciez donc, dans ce cas, les bons effets de l'émétique par le résultat final, par le nombre de guérisons qu'il opère sur une quantité de maladies donnée, et c'est bien en effet de cette façon qu'il faut agir pour déterminer la valeur des différents agents thérapeutiques.

» Il est vrai, Monsieur, que dans le résumé de vos deux premiers chapitres, il n'est nullement question de la terminaison de la maladie, mais seulement de *l'influence de la saignée sur la marche de la pneumonie ;* mais il ne suffit pas que vous établissiez négativement cette distinction, et l'on pourrait vous demander de l'exprimer positivement, avec d'autant plus de raison que plusieurs passages, dans le courant de votre brochure, sont très-propres à induire en erreur à cet égard. Au reste, vous vous exprimez si formellement sur ce point au commencement de votre chapitre III, qu'il n'est guère possible de douter que vous n'ayez volontairement confondu ce qui est de la marche et ce qui est de la terminaison de la maladie dont vous venez de parler.

» Ce qu'il nous importe surtout de connaître dans l'histoire des médicaments, dites-vous, ce n'est pas leur action immédiate sur notre économie, mais leur action thérapeutique, à proprement parler, ou leur influence sur *la marche et l'issue* de nos différentes affections. Aussi *est-ce le but que je me suis surtout efforcé d'atteindre*, dans les deux chapitres précédents, à l'égard des émissions sanguines et de l'émétique.

» Et plus loin vous ne parlez plus que de la *marche*, sans vous occuper de la *terminaison.*

» J'aborde maintenant, Monsieur, le principal point de votre Mémoire. Quel est, selon vous, le résultat précis de vos recherches sur les effets de la saignée dans la pneumonie? C'est, dites-vous à la page 31, « que la saignée n'a que peu d'influence sur la marche de cette maladie, que son influence n'est pas plus marquée dans les cas où elle est copieuse et répétée, que dans ceux où elle est unique. »

» Je ne crois pas que les faits rapportés dans vos Mémoires suffisent pour tirer une conclusion si générale, relativement aux effets des émissions sanguines dans la pneumonie.

» La plupart de vos malades ont été saignés deux, trois et quatre fois au plus ; trois seulement ont été saignés cinq fois et un seul sept fois ; or, ces quatre cas ne permettent pas d'établir une règle aussi importante, et de juger des effets de la saignée *répétée* dans la pneumonie. Nous pouvons donc négliger ces quatre observations, et chercher ce qui ressort des autres, dont le nombre est assez considérable pour mériter considération.

» Pour moi, je n'y vois nullement que la méthode des émissions sanguines en général, et surtout des émissions sanguines répétées, ait peu d'influence sur la marche et l'issue de la pneumonie. Tout ce que l'on peut dire d'après vos relevés, c'est que le nombre de deux, trois ou quatre saignées dans une pneumonie ne produit pas des effets très-marqués sur la marche et les symptômes de cette maladie ; mais pour ce qui est des effets d'un plus grand nombre d'émissions sanguines répétées à de courts intervalles, plusieurs fois même dans la journée, vos relevés ne permettent nullement d'en juger.

» On pourrait donc vous reprocher d'avoir trop généralisé, d'avoir trop étendu le résultat de vos expériences dont les conséquences n'ont réellement qu'une portée plus restreinte. Je sais que vous avez poussé quelquefois, et sans avantage, la saignée jusqu'à la syncope ; mais la manière d'agir d'une saignée copieuse n'est pas la même que celle de plusieurs saignées moins considérables répétées à de courts intervalles, et l'on ne peut pas conclure de l'une à l'autre.

» Ainsi donc un médecin qui aurait saigné ses pneumoniques, six fois terme moyen, pourrait présenter des succès que vous n'avez pas obtenus, et contester, avec raison, la règle générale que vous tirez de vos observations. On ne peut pas dire en effet que la méthode des émissions sanguines soit toujours la même, de quelque manière qu'elle soit appliquée, et ce n'est nullement la même chose de saigner une ou deux fois et même trois fois par jour dans les premiers temps de la maladie ; ce sont deux modes de traitement fort différents l'un de l'autre, et le premier ne prouve rien ni pour ni contre le second.

» Cette méthode des émissions sanguines répétées, je l'ai vu appliquer, Monsieur, pendant tout le cours de mon exercice comme chef de clinique à la Charité, par M. le professeur Bouillaud, et je vais vous montrer, par des faits que j'ai recueillis moi-même, combien les résultats en ont été différents de ceux que vous rapportez.

» Il résulte des relevés que j'ai faits en 1832 et 1833 que 23 péripneumoniques ont été traités par cette méthode, et sur ce nombre un seul a péri. Toutes ces péripneumonies, ainsi que je le disais

dans l'article du *Journal hebdomadaire* où ces faits sont consignés (Tome XI, n° 135), ont été vigoureusement attaquées par des saignées copieuses et répétées, par de nombreuses applications de sangsues et quelques vésicatoires.

» Je cite ces faits avec d'autant plus de confiance, qu'ils ont tous été recueillis par moi, et que personne ne sera tenté de m'accuser de complaisance pour M. Bouillaud, qui d'ailleurs n'en avait pas besoin. Je n'ai jamais été très-partisan des émissions sanguines portées très-loin, et j'étais peu disposé alors à me laisser entraîner sans de bonnes raisons; aussi j'ajoutai dans le même article : je dois avouer que l'énergie avec laquelle M. Bouillaud a traité ces maladies, m'a plus d'une fois ébranlé, et il n'a fallu rien moins que le succès éclatant qu'il a obtenu pour me rassurer et me convaincre.

» Je n'ignorais pas les avantages que l'on attribue généralement à l'emploi de la saignée dans le traitement de la pneumonie, mais la rapidité avec laquelle les émissions sanguines sont prescrites, le peu d'intervalle que M. Bouillaud met entre chacune d'elles, m'ont causé plus d'une fois de la surprise et de l'hésitation. Je ne veux pas, avec vous surtout, Monsieur, me contenter de ces énonciations, un peu vagues, de saignées copieuses et souvent répétées; il est bon de mettre un peu plus de précision, afin de permettre de mieux apprécier cette méthode.

» Dès le premier jour où il observe le malade, M. Bouillaud ne manque jamais, pour peu que la pneumonie offre une certaine étendue, de faire pratiquer une saignée de quatre ou cinq palettes le matin, une deuxième semblable dans la soirée, et de faire appliquer dans l'intervalle quinze ou vingt sangsues sur le côté malade; souvent il remplace les sangsues par des ventouses, et chaque ventouse entre les mains de M. Lecouteulx, ne donne pas moins de deux à trois palettes de sang; on peut dire que le malade est dans le sang toute la journée. Le lendemain, nouvelle saignée le matin, souvent une autre le soir, ou au moins une émission sanguine locale. Le troisième jour et les jours suivants, une saignée chaque matin, de manière que le nombre total s'élève ordinairement à quatre, cinq, six ou sept, accompagnées de soixante à quatre-vingt sangsues, et cela dans l'espace de six à huit jours.

» Assurément, Monsieur, cette méthode est bien différente de la vôtre. J'ai eu raison de dire que ce traitement n'est nullement comparable à celui que vous employez; que l'on ne peut pas conclure de l'un à l'autre, et que, par conséquent, vous avez trop étendu et généralisé votre proposition, en disant d'une manière générale, que la saignée n'a que peu d'influence sur la marche et la terminaison de la péripneumonie. »

Ainsi, M. le docteur Donné, peu *disposé à se laisser entraîner, sans de bonnes raisons, en faveur de notre méthode*, est cependant convaincu de la supériorité de cette méthode sur celle employée par M. Louis, son ancien maître. Cette supériorité est telle, en effet, que M. Louis lui-même n'en douterait pas un seul instant, s'il l'avait essayée sur une demi-douzaine seulement des différentes phlegmasies graves auxquelles nous l'avons appliquée.

Une chose dont j'ai eu lieu d'être surpris, c'est qu'ayant demandé, au sein de l'Académie de Médecine, la nomination d'une commission d'enquête, M. Louis ait combattu cette demande; car il est de la dernière évidence que, par cette voie, la vérité n'aurait pas manqué de se faire jour. J'aurais vivement désiré que notre célèbre confrère fût au nombre des commissaires; et s'il eût été témoin de la nouvelle série de *péripneumonies* et d'*affections typhoïdes* (entérites typhoïdes), qui toutes (au nombre de trente environ) viennent d'être guéries par la *nouvelle formule* (février et mars 1836), il n'aurait pu s'empêcher de modifier les propositions suivantes, par lesquelles il termine ses premières *recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, et il aurait reconnu que le peu d'efficacité des saignées, dans les cas qu'il a résumés, tenait uniquement à la formule employée. Voici ces propositions.

« Il résulte des faits exposés dans ce chapitre que la *saignée n'a eu que peu d'influence sur la marche de la pneumonie, de l'érysipèle de la face et de l'angine gutturale*, chez les malades soumis à mon observation; que *son influence n'a pas été plus marquée dans les cas où elle a été copieuse et répétée, que dans ceux où elle a été unique et peu abondante; qu'on ne jugule pas les inflammations*, comme on se plaît trop souvent à le dire; que dans les cas où il paraît en être autrement, c'est sans doute, ou parce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de son déclin (page 31). »

Appliquées, aux cas dans lesquels on a fait usage de la nouvelle formule des émissions sanguines, ces propositions sont si énormément erronées, elles sont si directement contraires à ce qui depuis quatre ans s'est passé dans notre service, sous les yeux de nombreux témoins, parmi lesquels on comptait des élèves de M. Louis, qu'en vérité on ne conçoit pas comment, en 1835, c'est-à-dire trois ans après la publication des résultats que nous avons obtenus, M. Louis n'a pas jugé convenable d'expérimenter avant de juger (1).

(1) Si j'avais eu pour but de traiter ici complètement la question des émissions sanguines, je n'aurais point oublié la méthode des *émissions sanguines locales permanentes*, dont l'heureuse idée appartient à M. le docteur Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce. Les beaux résultats que

Quoi qu'il en soit, un jeune médecin, doué d'un talent d'observation peu commun, et auteur d'un excellent *Manuel d'auscultation et de percussion*, M. le docteur Raciborski, a porté sur les *recherches* de M. Louis un jugement impartial que je vais faire connaître avant de terminer cet article (1).

« Une haute intelligence, un rare talent d'observation, un jugement sévère, la bonne foi et la patience, qualités qui seules font autorité en médecine, et qui sont réunies dans la personne de M. Louis, doivent faire considérer les résultats obtenus par ce médecin comme une chose incontestable. Nous croyons donc qu'une fois les résultats connus, aucun médecin ne voudra employer le procédé des émissions sanguines, mis en usage par M. Louis, dans le traitement des pneumonies. Une pareille conduite serait d'autant plus digne de blâme, que la science possède aujourd'hui des moyens d'obtenir des résultats bien autrement satisfaisants, résultats établis sur des faits nombreux, *calculés* et rangés en tableau, d'après la méthode *numérique*. C'est par les émissions sanguines encore qu'on obtient ces résultats, mais par les émissions sanguines à haute dose, etc. »

M. Gama a obtenus de cette méthode dans les inflammations traumatiques du cerveau déposent, d'ailleurs, comme les nôtres contre les opinions de M. Louis.

(1) *Journal hebdomadaire*, avril 1835 ; *Analyse des recherches sur les effets de la saignée*, etc., par M. Louis.

QUATRIÈME PARTIE.

STATISTIQUE COMPARÉE DU TRAITEMENT DES PRINCIPALES PHLEGMASIES AIGUES,

Ou parallèle des résultats thérapeutiques de la nouvelle formule des Émissions sanguines avec ceux des formules généralement adoptées.

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LA MANIÈRE DONT LES FAITS ONT ÉTÉ RECUEILLIS, AINSI QUE SUR NOTRE TACTIQUE THÉRAPEUTIQUE EN GÉNÉRAL ET LA FORMULE DES *saignées générales et locales coup sur coup en particulier.*

§ I.

Dire que les faits dont nous allons offrir plus loin le résumé statistique, ont été recueillis conformément aux règles sévères, à la méthode précise que nous avons exposées dans la seconde partie de cet essai, voilà, ce me semble, une suffisante garantie de leur exactitude, pourvu, toutefois qu'on veuille bien admettre qu'une habitude de quinze à vingt ans nous ait familiarisé suffisamment avec l'application de ces règles et de cette méthode.

Les observations ont été recueillies dans les plus grands détails sur un registre *ad hoc*. C'est sous ma dictée qu'elles ont été pour la plupart écrites par le chef de clinique. Dans les cas où l'observation avait été recueillie par le chef de clinique, au moment même de l'arrivée, les détails en ont été contrôlés le lendemain à la visite. J'insiste sur cette circonstance, parce que je dois réserver pour moi seul toute la responsabilité des erreurs qui pourraient s'être glissées dans la collection des faits (1).

Ce serait tomber dans les plus fastidieuses répétitions que de justifier par des détails ce que je viens de dire de la méthode générale qui a présidé à la collection de nos observations. J'ajouterai seulement que les altérations anatomiques, dans les cas mortels, ont été écrites sur le registre d'observation, à l'amphithéâtre même, sous ma dictée, comme les symptômes avaient été écrits au lit des malades.

Je n'ai rien négligé pour m'assurer que les succès obtenus par nous ne pouvaient réellement s'expliquer que par la méthode employée. J'avais étudié, pendant plus de quinze ans, les effets des méthodes généralement suivies, et il est pour moi aussi clair que le jour que c'est dans les mêmes cas où j'avais été autrefois témoin d'une grande mortalité qu'aujourd'hui nous ne perdons presque pas de malades. Néanmoins, je ne m'en suis pas tenu à mes études antérieures; j'ai vérifié autant que j'ai pu mes résultats en les comparant directement avec ceux de quelques-uns de mes confrères, et je n'ai pas manqué de consulter des élèves instruits ou des médecins éclairés sur la différence de mortalité qui existait dans notre service et dans ceux où les malades étaient traités autrement. Or, tous ceux à qui j'ai demandé ces éclaircissements ont affirmé, de la manière la plus positive, qu'ils avaient vu périr dans d'autres services beaucoup de malades que nous guérissons dans le nôtre.

§ II.

La thérapeutique est une véritable guerre contre les maladies. Il fallait, autant que possible, soumettre à des règles ce genre de guerre; il fallait en formuler la *tactique*. Cette tactique thérapeutique devait être modifiée selon une foule de circonstances, telles que la nature de la maladie, son intensité, son siége, son état de simplicité et de complication, l'âge, la force, le tempérament, le sexe des malades, etc., etc., à peu près comme

(1) Quant à l'exactitude des excellents résumés publiés depuis trois ans par M. le docteur Jules Pelletan, chef de clinique, je m'en constitue aussi le garant. Mais à M. Pelletan appartient tout le mérite de la rédaction de ces comptes rendus.

dans la *tactique* proprement dite, les principes généraux doivent être accommodés aux accidents de position, de terrain, à l'espèce d'ennemi, à son nombre, etc.

Dans les maladies aiguës en général, qui attaquent vivement et énergiquement la vie jusque dans ses fondements, il était nécessaire de faire agir des moyens proportionnés à la maladie sous le double point de vue de la *force* et de la *rapidité* de l'attaque. Les moyens généralement employés jusqu'ici nous parurent bien au-dessous de ce qu'on était en droit d'exiger de l'art. En conséquence, sous ce double rapport, nous essayâmes, avec toute la prudence que réclamait une si grave innovation, de perfectionner cette importante partie de la science. Le principe fondamental de notre *tactique thérapeutique*, celui qui domine tout le reste, c'est que, dans les maladies aiguës, il faut déployer vivement, *coup sur coup*, les divers moyens dont se compose notre arsenal thérapeutique, attaquer, pour ainsi dire, l'ennemi sur tous les points à la fois, et particulièrement sur le point le plus exposé, le charger sans relâche, ne pas lui laisser un repos pendant lequel il peut se relever, le poursuivre à outrance, jusqu'à ce qu'il ait abandonné le terrain, et que le thérapeutiste ait épuisé toutes les ressources disponibles dans un cas donné.

Depuis quatre ans que nous avons livré cette rude guerre aux phlegmasies aiguës, dont il sera question dans les relevés suivants, il semble vraiment que nous soyons entrés dans un nouveau monde. Ces maladies ne se jouent plus du médecin et de ses moyens, comme du temps de MM. Louis et Chomel. En présence d'une foule d'élèves et de plusieurs confrères, nous avons, au lit même des malades, et le livre de M. Louis à la main, examiné les assertions de ce praticien sur le peu d'efficacité des émissions sanguines dans les maladies qu'il a indiquées, et tout le monde a été profondément convaincu que ces assertions, applicables seulement aux faibles et molles saignées de M. Louis, sont réfutées, de la manière la plus heureuse et la plus évidente, par les cas si nombreux dans lesquels nous avons mis en usage notre formule des émissions sanguines coup sur coup. Grâce à cette formule vraiment *toute puissante*, c'est une chose merveilleuse (cette expression est dans la bouche de tous ceux qui en ont vu les effets), c'est, dis-je, une chose merveilleuse que la rapidité avec laquelle les plus graves phlegmasies, prises à une époque assez voisine de leur début, ont été vaincues et *jugulées*. Aussi, dans notre service, le passage d'une phlegmasie aiguë à l'état chronique est-il à peu près inconnu, passage si commun dans les services où les saignées ne sont employées qu'à une dose insuffisante.

J'en appelle à tous ceux qui ont été témoins de notre pratique, et pour lesquels la médecine n'est pas une affaire de science seulement, mais aussi une affaire de conscience : qu'ils nous disent ce qu'ils pensent de la méthode *classique ou ordinaire* des émissions sanguines comparée à celle que nous lui avons substituée (1) !

(1) Les principaux moyens *adjuvants* dont nous avons fait usage dans les maladies que nous avons combattues par la formule des émissions sanguines coup sur coup, sont les révulsifs tant internes qu'externes, mais surtout les externes*, des bains, soit simples, soit chlorurés, des cataplasmes, fomentations, quelquefois la compression.

La diète absolue pendant tout le temps que persiste la réaction fébrile est pour nous une chose de rigoureuse nécessité, et quand nous commençons à nourrir les malades, nous y procédons avec toute la réserve, la prudence, la mesure, la graduation que réclament les circonstances. L'alimentation des malades n'exige pas les mêmes précautions, la même sévérité dans toutes les maladies. Ainsi, par exemple, dans la convalescence d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie, d'un rhumatisme articulaire aigu, nous élevons plus rapidement la dose des aliments que dans la convalescence de la maladie dite *fièvre typhoïde*. La raison en est facile à comprendre ; c'est que cette dernière maladie siége essentiellement et primitivement dans le tube digestif, tandis que dans les autres, cet appareil ne souffre que sympathiquement. Rien n'est plus difficile à bien conduire que la convalescence de certains sujets affectés de cette forme d'inflammation du tube digestif à laquelle on a si malheureusement donné le nom générique de fièvre ou affection typhoïde.

Je n'ai pas besoin de répéter que sans une précision, une exactitude presque mathématique dans le diagnostic, on ne peut appliquer convenablement notre formule. Il faut suivre de l'œil, du doigt et de l'oreille, l'état du malade, afin de ne pas frapper un ennemi qui n'existe pas et de ne pas épargner un ennemi qui existe réellement. Malheur à celui qui combat une maladie, les yeux fermés, c'est-à-dire sans l'avoir bien reconnue !

Nous ne saurions trop le répéter aux jeunes praticiens : pour apprendre une méthode, il faut la voir appliquer souvent. C'est pourquoi nous leur recommandons expressément la fréquentation assidue des cliniques. Cette condition est surtout indispensable pour une méthode aussi énergique que la nôtre. Nous les conjurons de ne point dépasser les bornes que nous lui avons assignées et de ne pas oublier de lui faire éprouver les modifications exigées par les circonstances particulières que nous avons déjà si souvent indiquées. Nous savons que l'exagération perd les meilleures choses, et qu'en poussant une doctrine au-delà de son élasticité naturelle, elle se brise. Nos adversaires le savent bien ; aussi ne manquent-ils pas de supposer l'exagération là où elle n'existe pas, et triomphent ainsi, *en apparence*, pour quelque temps.

* Dans plus de 500 cas, nous avons eu recours aux vésicatoires, et nous affirmons, de la manière la plus formelle, qu'employés après les émissions sanguines telles que nous les pratiquons, ils n'entraînent aucun des inconvénients que M. Louis leur a reprochés. D'ailleurs, ils ne constituent pour nous, encore une fois, que des *adjuvants*, des *auxiliaires*.

Mais voilà assez de réflexions générales sur la méthode que nous suivons ; il est temps de mettre sous les yeux du lecteur les pièces du grand procès thérapeutique qui s'agite depuis quelque temps, et de vaincre avec leurs propres armes, c'est-à-dire avec les chiffres, les antagonistes de la formule nouvelle (1).

On croira, sans peine, j'ose l'espérer, qu'en montrant ainsi la supériorité de notre méthode sur celle employée par quelques-uns de nos confrères, nous n'avons été animé que d'un vif amour de la vérité. Si nos recherches étaient prises en mauvaise part, ce serait bien mal les comprendre et les juger. La crainte qu'il n'en soit ainsi, était, nous l'avouons, le seul obstacle qui pût nous retenir ; mais fort de notre conscience, nous n'avons pas dû reculer même devant une accusation à laquelle nous serions profondément sensible. A défaut de la justice du moment, nous comptons au besoin sur la justice d'un temps meilleur, et ce temps ne saurait être très-éloigné.

Je n'ai pas pour but de comparer la mortalité générale de notre service avec celle des autres services, parce qu'un pareil parallèle exigerait des volumes, et que, d'ailleurs, ce qu'il m'importe pour le moment de signaler c'est le triomphe d'une formule qui ne s'applique qu'à une catégorie déterminée de maladies. Dans la note ci-après, on trouvera le chiffre de la mortalité ordinaire à l'Hôtel-Dieu de Paris, tel qu'il a été indiqué dans un relevé statistique de M. le docteur Montault, relevé que nous aurons occasion de citer plusieurs fois plus loin (2).

(1) J'ajouterai seulement ici que pour apporter plus de précision encore dans la mesure du sang retiré par les saignées locales, nous avons, depuis deux ans, employé presqu'exclusivement les ventouses scarifiées. Par leur moyen, nous avons pu mesurer le volume, peser la quantité du sang fourni par les saignées locales. Dans les cas où nous avons prescrit les sangsues, nous avons évalué à trois palettes approximativement la quantité de sang retirée par l'application de trente sangsues.

(2) « Année courante, on reçoit à l'Hôtel-Dieu 13,000 « malades, et sur ces 13,000 il en meurt environ 2,000, « c'est-à-dire à peu près 1 sur 6 1/2 ou 7. C'est aussi là « ce qui résulte des tableaux statistiques qui précèdent : « des 1,649 malades entrés, de même que des 286 morts, « je déduis 110 malades comme se rapportant à des indi- « vidus mourants ou voués à une mort certaine; le chiffre « de la mortalité est donc :

1539 | 176
131
8——
176, c'est-à-dire un sur 8 environ. »

L'opération de M. Montault n'est peut-être pas bien fondée. En effet, dans les autres services, on aurait été probablement autorisé à faire aussi la *déduction des malades mourants ou voués à une mort certaine*, et alors le chiffre de la mortalité eût baissé. En 1822, j'ai recueilli les observations des 1,526 malades qui furent admis à l'Hôpital Cochin où j'étais interne, et sans faire aucune déduction pareille à celle de M. Montault, bien que j'y fusse autorisé par les mêmes motifs que lui, le chiffre de la mortalité ne s'éleva qu'à 1 sur 8 ou 9, ainsi qu'en font foi les tableaux statistiques que j'adressai au bureau central des hôpitaux. Après avoir exposé le chiffre de la mortalité dans le service dont il a rendu compte, M. Montault ajoute : « Est-ce bien réellement à la différence dans le « traitement qu'on doit rapporter les résultats plus avanta- « geux qu'on obtient dans d'autres établissements ? » M. Montault ne paraît pas disposé à répondre à cette question par l'affirmative. Ce jeune confrère, dont le talent observateur et la bonne foi nous sont parfaitement connus, ne doutera plus de l'immense influence du traitement sur la diminution de la mortalité, quand il aura comparé nos résultats à ceux dont il a été témoin ailleurs. Si les tableaux suivants ne suffisaient pas pour l'en convaincre, les deux années de chef de clinique qu'il va passer dans le service dont je suis chargé, ne lui permettront plus de conserver le moindre doute à cet égard*.

(1) *Recherches et tableaux statistiques sur la morta-*

CHAPITRE PREMIER.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT ORDINAIRE DE LA PLEURO-PNEUMONIE ET CEUX OBTENUS PAR LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Dans son article *Pneumonie* du *nouveau Dictionnaire de médecine*, M. Chomel évalue au quart environ, la mortalité de la pneumonie traitée dans les hôpitaux.

D'un autre côté, il résulte d'un relevé de M. Louis, que sur 123 pneumoniques traités dans le service de M. Chomel, la mortalité a été de 40, c'est-à-dire d'environ le tiers des malades, « *Mortalité énorme*, ajoute M. Louis, et *qui est à peu près la même que celle qui a lieu dans les fièvres typhoïdes.* »

Sur 90 individus affectés de pneumonie, qui furent reçus en 1829, dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, 38 succombèrent (1).

* On peut voir par les comptes-rendus publiés par M. Jules Pelletan, chef de clinique, dans divers cahiers du *Journal hebdomadaire*, que la mortalité générale dans notre service, sans aucune *déduction*, n'est pas supérieure à celle indiquée par M. Montault, *déduction faite de* 110 *morts sur* 286, c'est-à-dire de plus du tiers. En faisant une semblable déduction, le chiffre de notre mortalité ne serait pas de 1 sur 8, mais à peu près zéro ; c'est bien alors du moins que nous pourrions dire : *la guérison est la règle, et la mort, l'exception.*

Ainsi donc, la mortalité dépassa les deux cinquièmes.

Dans le courant de l'année 1822, nous reçûmes à l'hôpital Cochin, dont M. Bertin était le médecin et où j'étais alors interne, 63 individus atteints de pleuro-pneumonie. 16 succombèrent (1), c'est-à-dire que la mortalité fut presque exactement d'un quart.

Il résulte d'un relevé publié par M. Cayol lui-même, que sur 24 péripneumoniques reçus dans son service, lorsqu'il professait la clinique à la Charité, 6 succombèrent. La mortalité a été par conséquent de 1 sur 4, comme dans le service de M. Bertin, à l'hôpital Cochin.

Si nous faisons maintenant l'addition des pneumoniques traités dans les quatre services dont il vient d'être question, nous obtenons un total de 300, parmi lesquels on compte 100 morts. La mortalité fut donc exactement du tiers des malades. On peut considérer ce chiffre comme étant l'expression de la mortalité de la pneumonie traitée dans les hôpitaux de Paris par des médecins dont plusieurs ont fait justement jusqu'ici autorité en matière de pratique.

On dira peut-être que la mortalité n'est pas aussi élevée dans tous les services. Il serait assez singulier que toutes les choses étant d'ailleurs égales le *maximum* de la mortalité se rencontrât dans les services des praticiens les plus distingués de la capitale. Au reste, c'est là une question de statistique qu'il est facile de résoudre, en fréquentant les divers services où la pneumonie est traitée par la méthode généralement usitée avant celle que nous proposons.

Croit-on qu'on obtiendrait des résultats plus avantageux, en recourant à la méthode rasorienne? Les faits publiés par M. Laënnec, dans la dernière édition de son ouvrage, sembleraient favorables à cette opinion. Voici ce que dit cet auteur. « En 1824, j'ai traité par le tartre stibié 28 pneumonies simples ou compliquées d'un léger épanchement pleurétique : tous les malades ont guéri, excepté un septuagénaire, qui prit peu de tartre stibié parce qu'il le supportait mal ; et cependant la plupart de ces cas étaient fort graves. Dans le cours de la présente année (1826), j'ai traité 34 pneumoniques, dont 5 ont succombé ; mais de ce nombre il faut retirer deux femmes, l'une de 59 ans, l'autre de 69, apportées agonisantes à l'hôpital où elles expirèrent au bout de peu d'heures, et chez lesquelles on a pu à peine administrer deux ou trois doses de la potion stibiée. Le troisième sujet était un jeune homme attaqué d'une maladie du cœur à laquelle il a succombé, dans la convalescence de la pneumonie. Le quatrième a succombé à une pleurésie chronique, dans la période de résolution d'une pneumonie subaiguë. Les deux premiers sujets ne doivent par conséquent pas entrer en ligne de compte pour apprécier les effets du tartre stibié ; les deux derniers sont plutôt des preuves en faveur de son efficacité contre la pneumonie. Reste un vieillard de 72 ans qui a succombé au dixième jour d'une pneumonie avec congestion cérébrale, de sorte qu'en dernier résultat, sur un total de 57 pneumoniques, 2 septuagénaires seulement ont succombé à cette maladie jointe à une congestion cérébrale ; c'est un peu moins de 1 sur 28».

Voilà, sans doute, un résultat bien séduisant; mais les documents suivants ne sont pas aussi favorables à la pratique de M. Laënnec, et d'après eux, nous pouvons affirmer que s'il est un moyen de faire tomber le chiffre de la mortalité bien au-dessous du tiers dans la pneumonie, ce n'est pas dans le tartre stibié à haute dose qu'on le trouvera.

Premier document. M. Lagarde, attaché au service de M. Laënnec, a publié seize cas de péripneumonie traitée par la méthode indiquée, parmi lesquels cinq se terminèrent par la mort, ce qui donne environ un mort sur trois malades.

Second document. Ce second document que je dois au zèle consciencieux de M. Lecouteulx, chargé de tenir les cahiers de visites de M. Laënnec, mérite de fixer l'attention des lecteurs.

lité qui a régné parmi les 1,649 malades reçus, en 1829, à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de M. Guéneau de Mussy ; par M. Montault, interne de ce service (*Journal hebdomadaire*, tome II, 1831).

(1) Dans ses *recherches sur les effets de la saignée*, publiées en 1835, M. Louis réduit à 78 les individus atteints de pleuro-pneumonie, qui seront le sujet de son analyse. De ces 78 individus qui tous étaient dans un état de santé parfaite au début de la maladie, 28 succombèrent, c'est-à-dire que la mortalité s'éleva au-dessus du tiers des malades.

TABLEAU *exact des Guérisons et des Décès parmi les péripneumoniques reçus dans le service de M. le prof. Laënnec dans les années* 1825 *et* 1826 ; *par M. Lecouteulx, aide de Clinique à l'hôpital de la Charité.*

Du 1er janvier 1825 au 31 août même année, il est entré 17 péripneumonies dont voici le Tableau.

PROFESSION.	AGE.	SÉJOUR.	MORTS.
HOMMES.			
Maçon.	18	20	1
Boucher.	0	16	1
Domestique.	29	9	1
Tabletier.	24	7	1
Étud. en Médecine.	36	27	1
Marchand de vin.	38	14	0
Charbonnier.	26	22	0
Journalier.	25	16	0
Tailleur.	19	15	0
Porteur d'eau.	21	116	0
TOTAL. . . .			5 morts sur 10 h.
FEMMES.			
Domestique.	31	2	1
Couturière.	17	11	1
Domestique.	32	10	1
Blanchisseuse.	69	2	1
Cuisinière.	30	23	0
Polisseuse.	32	15	0
Domestique.	36	25	0
TOTAL. . . .			4 morts sur 7 f.

Du 1er janvier 1826 au 1er juillet (1), il est entré 13 péripneumonies dont voici le Tableau.

PROFESSION.	AGE.	SÉJOUR.	MORTS.
HOMMES.			
Remouleur.	28	25	0
Chapelier.	31	56	0
Journalier.	37	9	1
Domestique.	50	52	0
Cocher.	23	10	0
Palfrenier.	22	33	1
Maçon.	19	12	0
Maçon.	19	16	0
Menuisier.	23	49	0
Charretier.	33	18	0
TOTAL. . . .			2 morts sur 10 h.
FEMMES.			
Cuisinière.	25	11	1
Cuisinière.	39	47	0
Passementière.	33		0
TOTAL. . . .			1 mort sur 3 f.

(1) Le relevé n'a pas été fait jusqu'au 31 août, M. Laënnec s'étant alité dans le mois de juillet, et ayant succombé le 13 août 1826.

En résumé, sur 30 péripneumonies dont M. Lecouteulx a fait le relevé, il y en a eu 12 de mortelles, c'est-à-dire que la mortalité a été exactement des deux cinquièmes des malades. Ce relevé, rédigé sur les cahiers de visite que M. Lecouteulx tient depuis une quinzaine d'années, doit, je le répète, être recommandé à l'attention du lecteur impartial. Ce n'est pas, on le pense bien, pour porter la moindre atteinte à la véracité d'un illustre observateur, dont personne plus que nous ne respecte la mémoire, que l'on publie ce tableau contradictoire, mais uniquement pour prouver que M. Laënnec aura fait ses relevés sur des notes peu exactes.

Voici les conclusions que M. Louis a tirées de l'analyse de ses 78 cas de pleuro-pneumonie, relativement aux émissions sanguines.

« Ainsi, l'étude des symptômes généraux et locaux, la mortalité et les variations de la durée moyenne de la pneumonie, suivant l'époque à laquelle les émissions sanguines furent commencées, tout dépose des bornes étroites de l'utilité de ce moyen de traitement, dans la pneumonie. En obtiendrait-on de plus grands résultats, si, comme c'est d'usage en Angleterre, on portait la première saignée des pneumoniques jusqu'à la syncope? Cette pratique mérite d'être éprouvée; mais son grand succès me semble douteux; vu que plusieurs des malades dont j'ai recueilli l'histoire et qui ont succombé, furent assez largement saignés, entre autres celui dont la première évacuation sanguine eut lieu le premier jour de l'affection, et qui n'en mourut pas moins le sixième; la veine ayant été ouverte cinq fois, et la quantité de sang perdue, de 12 à 16 onces chaque fois (1).

(1) Dans le chapitre 2 de ses *recherches*, intitulé: *faits nouveaux, relatifs à l'effet des émissions sanguines dans les maladies aiguës*, M. Louis ajoute en ce qui concerne la pneumonie : « Depuis la publication du mémoire qui « fait le sujet du chapitre précédent, j'ai observé à l'Hôpi- « tal de la Pitié, un grand nombre de malades atteints de « pneumonie..... Et bien que, dans les phlegmasies du « parenchyme pulmonaire, j'ai assez fréquemment fait « faire des saignées de 20 à 25 onces et au-delà, ou jus- « qu'à la syncope, je n'ai vu ces phlegmasies jugulées « dans aucun cas. Je crois même que les émissions san- « guines, quoique généralement plus larges que celles qui « étaient d'usage à l'Hôpital de la Charité, à l'époque où « j'y observais, n'ont pas eu un succès beaucoup plus mar- « qué. » Suit l'analyse de 29 cas de pneumonie, dont 4 sont relatifs à des sujets qui succombèrent. Ici la mortalité ne fut donc que d'un septième, et non de plus du tiers comme dans le relevé précédent, différence que M. Louis paraît attribuer à l'administration de l'émétique à haute dose, chez les malades du dernier relevé, et peut-être aussi à ce que *si les saignées furent généralement moins nombreuses chez les sujets traités à la Pitié que chez les au-*

ARTICLE II.

Résultats de la méthode nouvelle.

§ I.

Sur 152 individus atteints de pleuropneumonie, qui ont été reçus dans les services dont j'ai été chargé, depuis le mois de septembre 1831, jusqu'au 20 mars 1836, 18 seulement ont succombé.

La mortalité a donc été de 152/18 = 8 4/9, c'est-à-dire de 1 sur 8 à 9, au lieu de 1 sur 3 environ comme dans les relevés indiqués plus haut.

Cette différence est vraiment énorme, puisque sur 300,000 péripneumoniques, par exemple, on en sauverait 65,000 de plus que par la pratique ordinaire.

Au reste, pour avoir une juste idée de la toute-puissance de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans les cas ci-dessus, il est bon de savoir que presque tous les malades qui ont succombé, auraient été certainement sauvés, s'ils fussent entrés plus tôt à l'hôpital (quelques-uns sont morts au moment même de leur entrée, avant que je ne les eusse vus).

Voici, d'ailleurs, quelques détails sur les 12 malades qui succombèrent parmi les 102 dont j'ai donné l'analyse dans l'article pneumonie du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Un des malades de cette catégorie, couché au n° 9 de la salle St-Jean-de-Dieu, était arrivé au 2e ou 3e septenaire de la maladie et dans un marasme squelettique tel, qu'à peine si nous osâmes le saigner une seule fois. Il fut le sujet d'une des leçons de M. le docteur Dalmas pour le concours à la chaire de clinique vacante par la mort de M. le professeur Leroux. M. Dalmas, ainsi que tous ceux qui avaient vu le malade, considéra son état comme étant entièrement désespéré.

Un 2e malade, atteint d'une double pneumonie, après avoir été saigné deux fois, refusa opiniâtrément de nouvelles saignées, et c'est un de ceux auxquels l'oxyde blanc d'antimoine fut administré par suite du refus des saignées.

Le 3e cas a pour sujet une femme qui mourut le jour même de son entrée, sans traitement. La pneumonie était au troisième degré.

Un 4e pneumonique succomba aussi sans traitement. Arrivé dans la soirée, il était mort le lendemain de son entrée, au moment de la visite, en sorte que je ne le vis qu'à l'amphithéâtre.

Un 5e succomba 36 heures après son entrée, et partant sans avoir subi aucun traitement complet.

Un 6e, traité par les saignées et l'oxyde blanc d'antimoine combinés, avait une pneumonie aiguë, entée sur une pleurésie chronique, avec carie des côtes, etc.

Chez un 7e, la pneumonie datait de 8 à 12 jours au moment de l'entrée, et se trouvait compliquée de délire et autres phénomènes ataxiques.

Chez un 8e, la pneumonie était double, parvenue au 8e jour et compliquée d'une diarrhée que le malade attribuait à une potion émétisée qu'il avait prise chez lui.

Des huit malades morts dont nous venons de parler, aucun, en conscience, hors celui, peut-être, qui refusa les saignées, ne pouvait être sauvé que par un miracle.

Quant aux quatre autres cas qui complètent le chiffre de notre mortalité (12 sur 102), bien que leur état fût des plus graves, comme ils ont été soumis à notre méthode pratiquée dans toute sa plénitude, ils doivent naturellement compter parmi les péripneumonies contre lesquelles elle a échoué.

§ II.

Les tableaux suivants et les remarques dont ils sont accompagnés feront connaître le traitement qui a été employé dans chacun des cas qui s'y trouvent compris, la durée de la maladie, etc., etc. (1).

On y verra surtout que la dose des émissions sanguines n'a pas été la même dans tous les cas. On croira facilement, en effet, que dans le cas où deux ou trois émissions sanguines suffisent pour conduire la maladie à une heureuse terminaison, nous nous gardons bien d'en faire davantage (2).

(1) Pour cette maladie, comme pour celles dont il sera question dans les chapitres suivants, le début de la maladie a été fixé à l'époque où se sont manifestés les symptômes vraiment caractéristiques, et la guérison commençante ou la convalescence a été datée de l'époque où la fièvre ayant complètement cessé, les malades ont pu supporter quelques légers aliments sans en être incommodés.

(2) Chaque saignée est de 4 palettes, terme moyen, et chaque application de ventouses scarifiées, de 3 palettes environ.

tres, chacune d'elles fut plus copieuse, la première surtout.

TABLEAU DE LA PREMIÈRE SÉRIE,
COMPRENANT 17 PÉRIPNEUMONIQUES (TOUS GUÉRIS),
Admis du 2 avril au 25 mai 1833.

Numéros.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Sangsues.	Vésicatoires.	Durée et époque de la guérison.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).					
1	6	1	57	1	24 jours.
2	2	»	30	1	5
5	1	»	30	»	11
6	4	2	34	1	11
9	4	2	52	»	14
10	6	2	25	1	11
13	6	1	57	1	12
13	4	4	55	1	12
16	4	2	61	1	23
16	5	»	87	»	»
21	6	2	50	1 1 cat. h. de crot.	18
23	3	2	30	1	8
24	2	2	6	»	6
25	5	2	50	» 1 cat. h. de crot.	8
25	4	6	20	1	8
26	2	4	»	»	8
SALLE SAINTE-MADELEINE (femmes).					
4	3	4	47	1	13

Ce qui donne pour terme moyen du traitement pour chaque péripneumonique : 4 saignées, 2 ventouses scarifiées, 40 sangsues, 1 vésicatoire, onze fois sur dix-sept, et pour moyenne de la durée de la maladie, dix jours.

TABLEAU DE LA DEUXIÈME SÉRIE,
COMPRENANT 14 PÉRIPNEUMONIQUES,
Admis du 25 mai au 31 août 1833.

Numéros.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Sangsues.	Vésicatoires.	Sinapismes, etc.	Date de la guérison ou de la mort.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).						
3 (2e au 3e degr.)	5	»	60	»	2	guéri 9e j.
6 (1er au 2e degr.)	4	»	40	»	»	*id.* 4e
9 (1er au 2e degr.)	5	»	40	1	»	*id.* 10e
9 (1er au 2e degr.)	3	»	50	»	»	*id.* 14e rec
10 (légère).	2	»	25	»	»	*id.* 4e
11 (1er au 2e degr.)	7	2 appl.	30	1	»	*id.* 23e
17 (2e au 3e degr.)	8	»	101	2	2 purg.	*id* 21e rec
18 (2e au 3e degr.)	3	»	83	1	3 purg.	*id.* 11e
18 (1er au 2e degr.)	1	2 appl.	»	»	»	*id.* 8e
19 (3e degré).	5	»	70	3	opiac. lav. — — laud. - Kerm. - Sinap.	*id.* 12e
19 (1er au 2e degr.)	2	4 appl.	»	1	»	*id.* 11e
22 (3e degré).	4	2 appl.	»	3	oxyd. bl. d'ant.	mort 4e
26 (2e au 3e degr.)	5	2 appl.	54	1	»	guéri 9e
26 (1er au 2e degr.)	5	2 appl.	30	1	»	*id.* 5e

Ce qui donne pour terme moyen du traitement : 4 saignées, 45 sangsues, 1 ventouse scarifiée 1 vésicatoire, et pour moyenne de la durée de la maladie, dix jours.

Il est à remarquer que ces résultats sont presque identiques avec ceux signalés dans le précédent tableau. En effet, si l'on veut les comparer, on verra que la seule différence existe dans le nombre des ventouses qui, dans le premier tableau, était de deux au lieu d'une, terme moyen. Mais cette différence peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme nulle, puisque la quantité moyenne des sangsues est de 45 à 46 dans cette série, tandis que dans la première, elle était de 40 seulement.

TABLEAU DE LA TROISIÈME SÉRIE,
COMPRENANT 14 PÉRIPNEUMONIQUES,
Admis dans le mois d'avril 1834.

Numéros.	Saignées.	Sangsues.	Ventouses scarifiées.	Vésicatoires.	Purgatifs, etc.	Durée et terminaison de la maladie.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).						
7	9	50	2 applic.	1	9 gttes de crot.	guéri 14e j.
11	5	30	»	1	»	*id.* 18e
12	4	30	»	»	»	*id.* 6e
12	5	20	2 *id.*	»	»	*id.* 7e
14	2	50	2 *id.*	1	»	*id.* 8e
16	6	25	2 *id.*	1	»	*id.* 10e
17	5	46	»	1	»	*id.* 9e
18	6	25	3 *id.*	1	»	*id.* 14e
20	4	35	5 *id.*	1	»	*id.* 7e
21	4	25	3 *id.*	1	»	*id.* 8e
23	3	30	»	»	»	*id.* 4e
23	7	25	2 *id.*	»	»	mort.
25	3	25	»	»	»	guéri 3e
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).						
5	3	»	2 *id.*	»	9 pil. de bellost.	*id.* 7e

Ce qui fait, terme moyen : 4 à 5 saignées, 32 sangsues, 1 ventouse scarifiée, un vésicatoire, huit fois sur quatorze, et deux fois un purgatif. La durée de la maladie a été, terme moyen, de huit jours.

Ces résultats diffèrent peu de ceux qui ont été obtenus dans les deux précédents tableaux.

TABLEAU DE LA QUATRIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 4 PÉRIPNEUMONIQUES,

Admis pendant le mois de mai 1834.

Numéros.	Saignées.	Sangsues.	Ventouses scarifiées.	Vésicatoires.	Durée et terminaison de la maladie.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).					
8	2(4 pal.)	25	2 (applic.)		6 jours.
8	5	»	2 *id.*	1(8p.de dia.)	mort.
12	2(4 pal.)	25	2 *id.*		6 jours.
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
5	6(4pal.)	32	2 *id.*	1(8p.de dia)	6 jours.

TABLEAU DE LA CINQUIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 8 PÉRIPNEUMONIQUES,

Admis dans les mois de juin, juillet et août 1834.

Numéros.	Saignées.	Sangsues.	Ventouses scarifiées.	Vésicatoires.	Durée et terminaison de la maladie.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).					
7	4(4 pal.)	20 »		2	guéri 9e j.
10	3(3à4pal.)	»	1 appl. 3 pal.		
10	»	»			
12	3(3à4pal.)	»	1 *id.* 3 pal.	très-large vésicatoire, ox. blanc d'ant.	
13	4(4 pal.)	30	2 *id.* 3 pal.	1 (large).	*id.* 13
22	3(4 pal.)	20	2 *id.*	1	*id.* 5
26	4(3à4pal.)	»	2 *id.*	1 (large).	mort 11
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
11	5(3p.1/2)	50	1 *id.* 2 à 3 pal.		guéri 12

Ce relevé donne pour terme moyen : 3 à 4 saignées, 15 sangsues, 1 application de ventouses scarifiées et 1 vésicatoire, terme moyen qui ne diffère guère de celui des précédents relevés.

Le total des saignées de 57 péripneumoniques compris dans les séries précédentes, auxquels la méthode des émissions sanguines a été appliquée, s'élève à 230, ce qui fait environ 805 palettes. La moyenne des saignées est donc de 4 2/57.

La somme des sangsues employées est de 1,151.

Par conséquent la moyenne est de 22.

Le total des applications de ventouses scarifiées est de 52 sur 57 malades.

La quantité de sang retirée par les saignées (de 3 à 4 palettes) est de 201 livres, en représentant par une livre quatre palettes de sang, évaluation sensiblement exacte.

La quantité de sang enlevée par les sangsues est de 27 à 28 livres, en évaluant à une livre la perte de sang opérée par 40 sangsues.

La quantité de sang soustraite par les applications de ventouses (2 à 3 palettes chacune), est de 120 palettes ou 30 livres.

La somme totale du sang enlevé par les saignées, les sangsues et les ventouses scarifiées est donc de 258 à 259 livres. Donc aussi, chaque péripneumonie a dépensé, terme moyen, environ 4 livres et 9 à 10 onces de sang, quantité qui ne s'élève pas tout-à-fait au double de celle fixée approximativement par Sydenham, pour le traitement d'une pleuro-pneumonie *confirmée*.

Le *minimum* des émissions sanguines chez les malades inscrits sur les précédents tableaux, a été d'une saignée du bras et de trente sangsues, c'est-à-dire d'environ 1 livre 12 onces.

Le *maximum* a été de 9 saignées du bras, 50 sangsues, et 2 applications de ventouses scarifiées, c'est-à-dire d'environ 10 livres de sang.

Sur 51 malades dont l'époque de la guérison a été indiquée dans les tableaux, il y en a 12 chez lesquels cette guérison a eu lieu du 3e au 6e jour (chez un le 3e jour, chez trois le 4e, chez trois le 5e, chez cinq le 6e). Or, on peut placer dans la catégorie des pneumonies *jugulées*, celles qui ont été ainsi enlevées avant le 7e jour. Par conséquent, dans les relevés que nous publions, environ le quart des péripneumonies ont été réellement *jugulées*. Ce résultat pourra surprendre quelques-uns de nos honorables confrères; mais il n'en est pas moins l'expression rigoureuse de faits observés avec le plus grand soin et qui se sont passés en présence de nombreux témoins. Sur ce point, je le sais, comme sur quelques autres, les objections ou plutôt les dénégations ne manqueront pas. Qu'il me soit permis de prendre pour modèle de réponse ce passage d'un illustre auteur que j'ai déjà tant de fois cité : « Si quis hic objiciat alios æquè in hac arte versatos non idem mecum de his rebus sentire; meum non est quid sentiant alii, disquirere, sed meis observationibus adstruere fidem, quod ut faciam, lectoris patientiam desidero tantùm, non favorem. (Sydenham, op. omnia, *præf.*)

TABLEAU DE LA SIXIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 12 PÉRIPNEUMONIQUES

Admis depuis le mois de novembre 1834 *jusqu'au mois d'avril* 1835.

12 pneumonies ou pleuro-pneumonies ont été traitées, et toutes se sont terminées par la guérison.

La durée moyenne de la maladie, depuis l'en-

trée jusqu'à l'époque de la guérison, a été de 8 à 9 jours.

La quantité de sang retirée a été de seize palettes ou de quatre livres de sang environ. Cette masse de sang a été retirée en général dans les deux ou trois premiers jours.

Appliqués, après les émissions sanguines coup sur coup, à la dose de 3 à 4 palettes chacune, les vésicatoires n'ont *jamais* augmenté la fréquence du pouls, et dans cette série, comme dans toutes les autres, nous n'avons eu qu'à nous louer de ce moyen *adjuvant* des émissions sanguines.

Chez cinq malades, la maladie occupait la base du poumon, chez trois le sommet, chez trois autres la totalité d'un poumon ; enfin, chez un dernier, la pneumonie ne peut pas être bien limitée (1).

Dans quatre cas, la pneumonie était au premier degré et elle fut *jugulée* avec rapidité, de telle sorte que dans aucun de ces cas elle ne s'éleva jusqu'au 2e degré.

Dans quatre autres cas, il y avait un mélange du 1er et du 2e degré.

Dans les trois derniers cas, la maladie était au 2e degré confirmé. Enfin, dans les cas où la maladie ne put être *localisée*, elle n'existait, sans doute, qu'au premier degré, ou tout au plus au deuxième.

Le tableau ci-joint donnera une idée précise des moyens employés, et de la durée de la maladie dans chaque cas.

Numéros.	Age de la maladie au moment de l'entrée.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Vésicatoires.	Date de la guérison à partir du jour de l'entrée.
		SALLE SAINT-JEAN (hommes).			
5	2 jours.	3 (11 pal.)	1 (3 pal.)	»	5 jours.
10	10	3 (12 pal.)	1 (3 pal.)	»	8
11	4	3 (12 pal.)	1 (3 pal.)	»	9
11	3 (2)				6
11	4	2 (7 pal.)	2 (6 pal.)	1	8
13	3	3 (13 pal.)	2 (6 pal.)	»	4
14	*id.*	3 (11 pal.)	2 (6 pal.)	»	16
16	*id.*	4 (14 pal.)	2 (6 pal.)	1	13
18	*id.*	3 (12 pal.)	2 (6 pal.)	»	6
22	2	2 (8 pal.)	»	1	6
23	5	4 (15 pal.)	1 (3 pal.)	»	8
25	9	4 (15 pal.)	2 (6 pal.)	1	14

(1) Dans le cas dont il s'agit, nous ne trouvâmes ni râle crépitant, ni souffle bronchique, ni bronchophonie ; mais il existait un *point de côté*, de la dyspnée (32 inspirations par minute), de beaux crachats rouillés, visqueux, adhérents, et de la fièvre. Ce n'est pas la seule fois que nous ayons rencontré un cas de ce genre, dont d'autres observateurs ont aussi fait mention.

(2) On s'en tint à la diète et aux émollients (c'est le cas où la pneumonie ne put être localisée).

TABLEAU DE LA SEPTIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 7 PNEUMONIQUES

Admis dans les mois d'avril, mai et juin 1835.

Cas de pneumonie. . . . . 7 { guéris. 6 ; morts. 1 } 7

Mortalité de 1 sur 7.

Numéros.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Vésicat., etc.	Date de la guér. ou de la mort, à partir du jour de l'entrée.
		SALLE SAINT-JEAN (hommes).		
1	2 (7 pal.)	2 (7 pal.)	1 vés. et ker.	guéri 11e j.
4	1 (4 pal.)	1 (3 p. 1/2).	» »	*id.* 4e
8	2 (3 pal.)	1 (3 p. 1/2).	1 »	*id.* 11e
13	traitement purement émollient.			*id.* 4e
18	3 (11 pal.)	2 (6 pal.)	» »	mort 4e
21	4 (14p. 1/2).	2 (3 p. 1/2).	1 »	guéri 10e
26	3 (11 pal.)	2 (6 pal.)	» »	*id.* 8e

Les malades des numéros 4 et 13 n'eurent qu'une pneumonie très-légère : aussi, chez l'un (n° 13), se contenta-t-on de la diète et des émollients, et chez l'autre d'une saignée du bras et d'une application de ventouses. Chez ces deux malades, il exista des crachats visqueux, rouillés, adhérents, une douleur de côté avec diminution de la résonnance, mais sans râle crépitant, ni souffle bronchique ni bronchophonie ; la fièvre était assez forte, surtout chez le n° 4 (100 pulsations).

Le malade qui succomba était dans un état désespéré au moment de son entrée. La pneumonie datait de dix jours, et occupait les deux poumons. Il existait 48 inspirations par minute. Les crachats visaient au jus de réglisse ou de pruneaux. Il est néanmoins infiniment problable que ce malade eût été sauvé, s'il fût entré dès les premiers jours de sa maladie. — A l'ouverture du cadavre, on trouva une hépatisation grise (suppuration) de la moitié supérieure du poumon gauche, et une hépatisation rouge du poumon droit.

TABLEAU DE LA HUITIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 7 PÉRIPNEUMONIQUES

Admis dans les mois de juillet et août 1835.

Cas de pleuro-pneumonie . . 7 { guéris. 5 ; morts. 2 } 7

Numéros.	Age de la maladie au moment de l'entrée.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Vésicatoires.	Date de la guér. ou de la mort, à partir du jour d'entrée.
		SALLE SAINT-JEAN (hommes).			
3	4 jours	3 (13 pal)	2 (6 pal.)	»	2 j. mort.
12	5	4 (13 pal.)	2 (6 pal.)	2	9 *id.*
15	8	2 (7 pal.)	2 (6 p. 1/2).	»	8 guéris.
18(1)	3	3 (11 p. 1/2).	2 (6 p. 1/2).	2	10 *id.*
		SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
3	4	4 (14 pal.)	2 (6 pal.)	1	8 *id.*
11	3	2 (9 pal.)	»	»	5 *id.*
7	2	2 (7 pal)	1 (4 pal.)	1	6 *id.*

Nota. Chez les deux sujets qui succombèrent, la pneumonie avait probablement déjà atteint le troisième degré, au moment de leur arrivée.

TABLEAU DE LA NEUVIÈME SÉRIE,

COMPRENANT 22 PÉRIPNEUMONIQUES

Admis du 1er *novembre* 1835 *jusqu'au* 20 *mars* 1836.

Cas de pneumonie . . . 22 { guéris 19 / morts 3 } 22

Quelques détails sur ces divers cas.

14 fois l'inflammation existait à droite, 4 fois à gauche, 4 fois elle était double. Deux fois, dans ces derniers cas, elle fut mortelle. Le 3e cas de mort fut présenté par un homme malade depuis un mois déjà, et qui avait à l'entrée une gangrène du poumon. Il y eut rupture du foyer gangréneux dans la plèvre, etc.

Nos	AGE de la maladie au moment de l'entrée.	Saignées.	Ventouses.	Vésicatoires, etc.	DATE de la guérison ou de la mort.
		SALLE SAINT-JEAN (hommes).			
6 (2)	6e jour (1er degré).	2=7 p. 1/2.	3=9 p.	2 et calo.	guéri 19e jour.
4	5 *id.*	1=4 p.	1=3 p.	»	*id.* 6
15	5 *id.*	4=15 p.	2=6 p.	emp. stib.	*id.* 8
9	7 *id.*	2=7 p. 1/2.	»	1	*id.* 7
8	3 *id.*	3=11 p.	2=6 p.	»	*id.* 6
9	9 *id.*	1=4 p.	1=4 p.	»	*id.* 4
8	6 (sans signes stéthoscopiques).	1=3 p. 1/2.	1=3 p. 1/2.	»	*id.* 5
2 (3)	8 (1er au 2e degré).	4=15 p.	1=3 p. 1/2.	2	*id.* 15
18	5 *id.*	5=15 p.	2=7 p.	1	*id.* 10
11	8 *id.*	4=14 p.	2=7 p.	1	*id.* 9
22	3 *id.*	4=14 p.	1=3 p.	1 emp. st.	*id.* 12
14	4 *id.*	4=14 p.	1=6 p.	1	*id.* 10
1	5 (2e degré).	5=19 p.	1=3 p. 1/2.	1	*id.* 9
17 (4)	(1er au 2e degré).	1=3 p. 1/2.	1=3 p. 1/2.	1	*id.* 7
4	8 (2e degré).	4=15 p.	1=3 p.	1	*id.* 8
23	8 (2e au 3e degré).	4=15 p.	2=7 p.	1	*id.* 10
3	30 (3e degré)	3=9 p.	1=3 p.	sinap.	mort 2
11	8 double (1er et 2e degré).	6=22 p.	1=3 p. 20 sang.	1	guéri 14
16	4 doub. (1er degré). (5)	3=11 p.	1=3 p.	1	*id.* 8
17	20 doub. (3e degré).	1= 3 p. 1/2.	tart. stib. 10 g. p. j.	»	mort 7
14	6 doub. (2e et 3e dans quelques points).	3=11 p.	2=6 p.	2	mort 7
		SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
13	10 (1er au 2e degré).	2=8 p.	»	»	guéri 6

Ce qui donne pour chaque malade, en mettant à part celui qui fut traité principalement par l'*émétique*, environ 11 palettes 1/3 de sang tiré par la lancette et 4 palettes par les ventouses. Total : environ 15 palettes 1/3, c'est-à-dire un peu moins de 4 livres 1/2 de sang.

(1) Il existait, chez ce malade, une complication d'endo-péricardite.

(2) Il fit une rechute.

(3) *Idem.*

(4) Malade entré pour un choléra sporadique. Pendant cette affection il fut pris d'une pneumonie du sommet du poumon droit qui resta quelques jours inaperçue.

(5) Cette pneumonie existait surtout à gauche; elle était très-légère à droite, et bornée à la base.

La durée moyenne de la maladie pour ceux qui ont guéri, a été de 9 jours environ.

CHAPITRE II.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR L'ANCIENNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Jusqu'ici nous manquons de recherches précises sur la mortalité de la pleurésie, traitée par la méthode ordinaire. Cette maladie est, sans doute, beaucoup moins fréquemment mortelle que la pleuro-pneumonie; mais ce serait se tromper que de la regarder comme ne se terminant presque jamais d'une manière funeste. Pour mon propre compte, depuis une vingtaine d'années, j'ai vu succomber une quinzaine de malades au moins à cette phlegmasie, soit dans sa période d'acuité, soit surtout dans sa période de chronicité. On peut, au reste, trouver de nombreux exemples de ce genre, en lisant les auteurs qui ont écrit sur cette maladie, tels que M. Broussais (*Histoire des phlegmasies chroniques*), Laënnec (*Auscultation médiate*), M. Andral (*Clinique médicale*), etc. Malheureusement ces auteurs ne nous ont pas donné le chiffre des cas de mort et de guérison sur un nombre déterminé de pleurétiques.

Dans ses *Recherches sur les effets de la saignée*, M. Louis dit, en passant, qu'il « a traité, dans l'espace de cinq ans, à l'hôpital de la Pitié, 140 sujets atteints de pleurésie environ, et que tous ont guéri (il ne parle que de ceux qui étaient, au début de cette affection, dans un état de santé parfaite). » M. Louis ne dit pas par quelle méthode il a guéri ces 140 pleurétiques. Il nous apprend seulement que, dans aucun cas, il n'a eu recours aux vésicatoires, dont l'utilité lui paraît au moins problématique (1). Il est probable que M. Louis a combattu cette phlegmasie par une méthode à peu près semblable à celle qu'il emploie contre la pleuro-pneumonie. S'il en est ainsi, le résultat qu'il annonce me paraît assez extraordinaire. En effet, je ne sais trop si le nombre des pleurésies simples, que j'ai eu occasion d'observer depuis une quinzaine d'années, s'élève beaucoup au-dessus du nombre observé par M. Louis (140); et cependant je le répète, dans une quinzaine de cas, la maladie s'est terminée par la mort. Or, chez l'immense majorité des malades, la saignée avait été employée d'après la méthode ordinaire.

Ce que je puis affirmer, en conscience, c'est que j'ai guéri par la formule des émissions sanguines coup sur coup, plusieurs des mêmes cas que j'avais vu autrefois résister à l'ancienne méthode, passer à l'état chronique, et se terminer d'une manière funeste. Depuis un an, par exemple, j'ai traité deux étudiants en médecine, atteints d'une pleurésie qui avait résisté d'abord à des saignées à petite dose. Un épanchement considérable s'était formé malgré l'emploi de cette méthode. Dans les deux cas, la maladie a cédé à la formule des saignées générales et locales, répétées coup sur coup.

Au reste, ce qui suit prouvera que la pleurésie ne se termine pas toujours par la guérison, et qu'elle peut même entraîner quelquefois une assez forte mortalité.

Dans le résumé de la clinique de M. Chomel, pour l'année 1834 — 1835, le nombre des malades atteints de pleurésie est porté à 22. Dans un seul cas, la maladie se termina par la mort (1).

Dans le relevé déjà indiqué de M. Montault, le nombre de cas de pleurésies fut de 45.

Les pleurésies sans complication qui furent mortelles, s'élevèrent à 8 (2).

Si l'on ajoute au chiffre de la mortalité le cas indiqué ci-dessous, cette mortalité aura été de 1 sur 9, pour les pleurésies dites sans complication.

ARTICLE II.

Résultats de la formule des saignées coup sur coup.

§ Ier.

Depuis le mois d'avril 1834 jusqu'au 20 mars 1836, j'ai traité 21 individus atteints de pleurésie aiguë, soit simple, soit compliquée avec une péricardite ou une endo-péricardite (3). Tous les ma-

(1) Je ne puis me prononcer encore, en toute connaissance de cause, sur la valeur thérapeutique des vésicatoires dans la pleurésie; tout ce que je puis dire, c'est que, dans la plupart des cas, je les ai employés après l'usage des émissions sanguines, et que j'ai toujours eu à m'en louer. Je pense, d'ailleurs, avec M. Louis, que *leur action doit être étudiée d'une manière rigoureuse.*

(1) *Lancette française*, jeudi, 17 septembre 1835.

(2) M. Montault place en dehors de cette catégorie: 1° un cas de pleurésie avec empyème; 2° un cas de pleurésie avec aortite; 3° un cas de pleurésie avec pneumo-thorax et entérite chronique. Le premier de ces cas doit, ce semble, faire partie des pleurésies non compliquées (car l'épanchement est le caractère essentiel d'une pleurésie bien confirmée); par conséquent, la mortalité a été de 9.

(3) La coïncidence de ces deux phlegmasies avec la pleurésie et spécialement avec celle du côté gauche, est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Je n'ai

lades ont été guéris. Toutes ces pleurésies ont été parfaitement caractérisées. Chez plusieurs des malades, l'épanchement, au moment de l'entrée, remplissait tout un côté de la poitrine. On verra par les deux tableaux suivants, les principaux détails du traitement de 7 de nos malades. Je renvoie au reste, pour de plus amples détails, aux résumés publiés par M. Jules Pelletan, dans le *Journal hebdomadaire.*

§ II.

TABLEAU

DES CINQ MOIS DE CLINIQUE DE L'ANNÉE 1835.

(*D'avril à septembre.*)

Avril, mai, juin (voir le compte rendu de M. J. Pelletan dans le numéro 34 du *Journal hebdomadaire*, août 1835).

Cas de pleurésie avec épanchement.	5	guéris	5
		morts	0
			5

Numéros.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Vésicatoir., etc.	Date de la guérison à partir du jour de l'entrée.
SALLE SAINT JEAN (hommes).				
8	3 (11 pal.)	3 (9 pal.)	1 et p. de calom.	17 jours.
10	3 (11 pal.)	3 (12 pal.)	1 »	11
22	2 (8 pal.)	1 (3 pal.)	1 »	11
23	1 (4 pal.)	2 (7 pal.)	1 »	19
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).				
9	»	2 (6 pal.)	1 »	11

Juillet et Août 1835.

Cas de pleurésie avec épanchement	2	guéris	2
		morts	0
			2

Dans un de ces cas (chez un jeune homme de seize ans), la pleurésie datait de onze jours, au moment de l'entrée. Tout le côté droit en arrière et en avant jusqu'à la deuxième côte, rendait un son mat ; il existait un souffle bronchique très-fort et une belle égophonie.... Trois saignées de trois palettes faites coup sur coup, une application de ventouses scarifiées (trois palettes), vingt-cinq sangsues et un large vésicatoire enlevèrent en seize jours cet énorme épanchement.

Dans le second cas, la pleurésie occupait le côté gauche et datait de huit jours. Le son mat, le souffle bronchique, l'égophonie, l'absence de vibration de la paroi pectorale lorsque le malade parlait, etc., rien ne manquait au diagnostic. On pratiqua coup sur coup deux saignées de trois palettes 1/2 chacune, on tira six palettes de sang par une double application de ventouses scarifiées, et deux vésicatoires furent ensuite appliqués. En quinze jours l'épanchement fut entièrement résorbé.

Un beau frottement pleural existait à la sortie du malade, qui d'ailleurs, jouissait alors de la santé la plus complète.

CHAPITRE III.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR L'ANCIENNE MÉTHODE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DITE FIÈVRE TYPHOÏDE (ENTÉRO-MÉSENTÉRITE TYPHOÏDE) ET CEUX OBTENUS PAR LA FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES QUI NOUS EST PROPRE.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

On évalue assez généralement au tiers la mortalité des individus atteints de fièvre typhoïde. MM. Louis et Chomel en particulier ont donné cette évaluation d'après le calcul d'une masse de faits assez imposante ; voici les propres termes de M. Chomel (1).

« En réunissant les nombreuses observations que je viens de relater, on voit que la mortalité a été à la Charité, de 1822 à 1827, de 50 sur 138, dans l'automne, l'hiver et le printemps de 1827 à 1828, de 5 sur 18 ; A l'Hôtel-Dieu, dans l'année scolaire 1831 à 1832, de 16 sur 51.

« Somme toute, 71 sur 207 ; *un peu plus que le tiers par conséquent* (2).

(1) *Leçons sur la fièvre typhoïde.* Paris, 1834.

(2) M. Chomel ajoute : « Si l'on objectait qu'en insistant plus que nous ne l'avons fait sur les antiphlogistiques, quelques médecins auraient obtenu, sans employer les chlorures, des résultats beaucoup plus avantageux, nous répondrions que cette différence peut tenir soit à l'intensité moins grande de la maladie, comme cela a lieu pour les sujets qu'on envoie dans les hôpitaux éloignés du bureau central d'admission, soit à ce qu'on a compris sous le nom de fièvre typhoïde des maladies auxquelles nous ne donnerions pas ce nom. Nous ne pensons pas qu'on puisse attribuer au traitement ces différences de mortalité ; car le traitement employé dans ces hôpitaux, ou ne diffère pas sensiblement de celui que nous avons appelé ration-

pas encore fait le calcul des cas où elle a été observée par nous, depuis que notre attention s'est portée, d'une manière spéciale, sur les maladies aiguës du centre circulatoire, mais je ne crois pas exagérer en disant que les membranes séreuses du cœur se prennent dans le tiers ou le quart des cas de pleurésie ou de pleuro-pneumonie gauche.

Dans le mémoire qu'il inséra, en 1828, dans les *Archives générales de Médecine*, M. Louis évalua au tiers environ la mortalité des individus atteints de fièvre ou affection typhoïde observés par lui à la Charité, dans le service de M. Chomel.

Dans l'ouvrage que ce célèbre observateur a publié depuis sur la même maladie, on lit que sur 150 malades 98 guérirent et 52 succombèrent (voy. t. II, pag. 460 et 468). Par conséquent, la mortalité dépassa d'un peu le tiers dans ces 150 cas de fièvre ou affection typhoïde.

Nous croyons devoir consigner ici ce qu'a dit M. Louis de la saignée dans le traitement de cette maladie.

« La saignée ayant été utile aux malades dont j'ai recueilli l'histoire dans la période aiguë de l'affection, il *doit* paraître convenable d'y avoir recours à cette époque, en la proportionnant à l'intensité du mouvement fébrile. Une saignée de douze onces *doit* suffire quand il est faible ; il faudrait la répéter deux fois dans les dix ou douze premiers jours, dans le cas contraire. Il n'est pas démontré qu'un plus grand nombre d'émissions sanguines pût être favorable à l'issue ou à la marche de la maladie, et ce serait en vain qu'on les multiplierait pour éteindre, sous leur influence, le mouvement fébrile; dix saignées ne suffiraient pas pour atteindre le but, l'expérience ayant montré que l'affection typhoïde bien caractérisée, n'est pas susceptible d'être jugulée, ce qui n'est guère moins vrai, d'ailleurs, suivant toutes les apparences, de la péripneumonie et des autres maladies inflammatoires (1). On préférera la saignée générale aux saignées locales dont l'utilité est moins *bien démontrée*, même dans les affections des organes superficiellement placés (2). »

Dans le relevé de M. Montault déjà cité, le nombre des fièvres ataxo-adynamiques ou dothinentéries mortelles, fut de 14.

Il est fâcheux que M. Montault n'ait pas indiqué d'une manière précise, *le nombre des fièvres continues* (c'est son expression) qui offrirent l'appareil évident d'adynamie ou d'ataxie. Il se borne à dire :

Fièvres continues	simples ou légères. .	105
	catarrhales. . . .	1
	miliaires	1
	bilieuses	3
	ataxo-adynamiques .	5
		115

Dans ce tableau, le nombre des fièvres ataxo-adynamiques ne s'élève qu'à 5, et à l'article des maladies terminées par la mort, le nombre de ces mêmes fièvres qui ont été mortelles s'élève à 14.

Il y a donc ici une contradiction dans les termes; pour la faire disparaître, il faut nécessairement admettre que 9 cas de mort au moins (1) portent sur

nel, ou bien il n'en diffère que par des saignées un peu plus abondantes, et cette modification, comme l'ont prouvé les observations publiées par M. Louis, est loin d'exercer une influence salutaire sur le cours de l'affection typhoïde (*Ouv. cit.*, page 522). »

Que d'hypothèses gratuites, et que d'erreurs dans ce peu de lignes ! on va voir par les relevés qui nous sont propres, que si nous avons obtenu des résultats beaucoup plus avantageux que ceux obtenus par M. Chomel, ce n'est pas parce que nous avons compris sous le nom de fièvre typhoïde les maladies auxquelles il ne donnerait pas ce nom, ni parce que nous sommes dans un hôpital plus éloigné du bureau central, car nous sommes à la Charité et lorsqu'il était à la Charité, M. Chomel, comme les chiffres de M. Louis l'ont démontré, perdait 1 malade sur 3. On verra que les émissions sanguines telles que nous les employons ne sont pas seulement *un peu plus abondantes*, mais, au contraire, beaucoup plus abondantes que celles conseillées et pratiquées par M. Chomel. Qu'ensuite M. Chomel nous oppose comme un article de foi : que *cette modification, ainsi que l'ont prouvé les observations publiées par M. Louis, est loin d'exercer une influence salutaire sur le cours de l'affection typhoïde*, nous ferons, sans doute, de cette objection, tout le cas qu'elle mérite. Toutefois, M. Chomel nous permettra de ne pas jurer sur la parole de M. Louis, pas plus que sur celle des plus grands maîtres, car enfin M. Louis n'est pas infaillible. Ce qu'il y a de certain, c'est que si M. Louis parvient à prouver que la méthode des émissions sanguines telle que nous l'avons formulée dans le traitement de ce qu'il appelle *l'affection typhoïde, est loin d'exercer une influence salutaire sur le cours de cette affection*, il aura prouvé une chose bien difficile, et pour y parvenir il aura été obligé de prouver d'abord que les expériences les plus multipliées et les plus exactes doivent être considérées comme non avenues dans la question qui nous occupe.

(1) A l'assurance avec laquelle notre savant confrère s'exprime ici, on est porté à croire qu'il a fait de nombreuses expériences sur les saignées multipliées dans les cas qu'il indique. Malheureusement il ne nous les fait cependant pas connaître. Quoiqu'il en soit, si M. Louis eût expérimenté notre formule, il lui eût été impossible de professer les opinions qu'il soutient, et d'affirmer, par exemple, que *dix saignées ne suffiraient pas pour éteindre le mouvement fébrile.* Quant à la saignée, telle que la conseille M. Louis, l'expérience n'a que trop prouvé, en effet, combien son influence avantageuse est bornée.

(2) Ce que dit ici M. Louis des émissions sanguines locales n'est pas conforme à l'observation des cas dans lesquels elles ont été faites en assez grande abondance et répétées assez souvent, dans un espace de temps donné. Il ne faut pas d'ailleurs, adopter exclusivement les émissions sanguines générales ou les émissions sanguines locales. L'habileté consiste à les combiner dans de justes proportions. On sera surpris de voir ici M. Louis considérer comme *bien démontrée* l'utilité des saignées générales, telles qu'il les emploie, puisqu'avec elles, sur 150 malades, 52 ont succombé, c'est-à-dire plus du tiers.

(3) Je dis au moins, car ce chiffre suppose qu'aucun des

les catégories des fièvres *légères ou simples*, catarrhale, miliaire, bilieuse. Or, les fièvres catarrhale et miliaire ne sont qu'au nombre de deux ; en supposant qu'elles eussent été mortelles, ce qui n'est pas très-probable, il resterait encore 7 cas de mort parmi les 105 fièvres légères et les 3 fièvres bilieuses. Hé bien ! cette mortalité réduite ainsi à son minimum, serait encore énorme pour nous, car nous ne comptons aucun cas de mort dans la catégorie des fièvres dites légères, simples ou même bilieuses. Il est vrai qu'en abandonnant à elles-mêmes ou, ce qui est à peu près la même chose, en s'en tenant soit à une petite saignée, soit à une application de quelques sangsues, un certain nombre des fièvres de cette catégorie peuvent passer à la forme *ataxo-adynamique*, et c'est nécessairement ce qui a dû avoir lieu chez les malades du relevé de M. Montault.

ARTICLE II.

Résultats de notre méthode.

§ I.

L'expérience m'a conduit graduellement à employer les émissions sanguines générales et locales avec plus d'abondance qu'on ne le fait dans les services dont il vient d'être question dans le précédent article, et nous avons appliqué à l'entérite typhoïde, avec de notables modifications, la formule dite des émissions sanguines coup sur coup. Comme dans l'entérite typhoïde, bien déclarée, il existe un *élément* qu'on ne rencontre pas dans les phlegmasies *pures, franches, légitimes*, savoir l'élément typhoïde ou *putride*, nous avons souvent combiné les chlorures avec les émissions sanguines. Toutefois, la part qu'ils ont eue dans nos succès est, je crois, peu importante, car dans certaines séries de fièvre typhoïde, où nous avions négligé l'emploi des chlorures, les résultats ont été sensiblement les mêmes que dans les séries où ils avaient été mis en usage.

Sur 178 malades que j'ai traités de cette maladie bien caractérisée, depuis le commencement d'avril 1833, jusqu'au 20 mars 1836, 22 seulement ont succombé, c'est-à-dire que la mortalité a été d'un peu moins d'un huitième, au lieu du tiers, comme dans les relevés de MM. Chomel et Louis (1).

On voit par ces chiffres que la formule des émissions sanguines que l'expérience nous a fait adopter, a diminué le chiffre de la mortalité de la maladie dite *fièvre typhoïde*, à peu près dans la même proportion que celui de la pleuro-pneumonie. Ce résultat est vraiment immense, si l'on réfléchit que la première de ces maladies n'est guère moins fréquente que la seconde. Si cette formule, secondée par les moyens adjuvants que nous lui associons, était *convenablement* appliquée, par exemple, à tous les individus que la fièvre typhoïde frappe annuellement dans toute l'Europe, que de milliers de ceux qui succombent malgré l'emploi des méthodes ordinaires ne sauverait-elle pas ? Ajoutons que souvent la rapidité de la guérison est telle, qu'on ne peut réellement s'en faire une idée qu'après avoir observé les faits soi-même. Si nous ne craignons point de nous exprimer avec cette assurance, c'est qu'une foule de confrères et d'élèves ont été témoins de nos succès, et que tous partagent notre conviction. Au reste, ceux qui connaissent un peu mon caractère, me rendront cette justice, que je n'a i pas pour habitude d'exagérer en pareille matière.

Les tableaux et résumés suivants contiennent quelques détails que nous recommandons à toute l'attention des praticiens qui recherchent la vérité de bonne foi.

§ II.

Depuis le commencement d'avril 1833, jusqu'à la fin du mois d'août suivant, le nombre de sujets atteints d'entérite typhoïde admis dans le service a été de 18

Six autres ont été admis pendant le mois de septembre et une partie du mois d'octobre, ci 6

Total. .	24	guéris	20
		morts	4
			24

M. le docteur Jules Pelletan a publié un relevé détaillé des dix-huit premiers cas dans le n° 161 du tome XIII du *Journal hebdomadaire*.

De ces 24 malades qui, trois ou quatre exceptés, furent gravement atteints, 4 succombèrent (1). La mortalité fut donc d'un sixième.

Du 25 octobre 1833 jusqu'au 8 décembre sui-

sujets atteints de fièvre ataxo-adynamique n'a guéri. S'il s'en était sauvé un par exemple, il faudrait que dix des autres catégories de *fièvres continues* eussent succombé.

(1) J'ai compris dans ce relevé 22 étudiants en médecine que j'ai traités depuis environ deux ans. De ces 22 jeunes-gens, trois seulement succombèrent. Ces trois derniers auraient très-probablement été guéris s'ils eussent été traités à une époque moins éloignée du début, et avec plus d'énergie. J'ai vu trois ou quatre cas bien malheureux de l'emploi réitéré des purgatifs chez des étudiants. (Il va sans dire que ce n'est pas moi qui avais prescrit ces moyens.)

(1) Je ne puis, en conscience, placer parmi les morts de cette maladie un cinquième sujet qui, convalescent de l'entérite typhoïde, fut ensuite emporté, en 8 heures, par une attaque de choléra (c'était à l'époque d'une sorte de recrudescence de l'épidémie de 1832).

vant, le nombre des entérites typhoïdes admises dans le service a été de 26 (1).

Un compte-rendu détaillé de cette série de malades a été publié par M. Ronzel, dans le nº 170 du tome XIII du *Journal hebdomadaire*.

De ces 26 malades, il n'y en eut que deux qui moururent. « La plupart de ces malades, dit M. Ronzel, ont été gravement atteints..... Un bon nombre, même parmi ceux le plus gravement atteints, ont quitté l'hôpital 10, 15, 20 jours à partir de l'invasion; la maladie chez les autres a eu généralement un mois de durée....

» De ces faits on doit, ce me semble, conclure que la fièvre typhoïde se guérit fort bien par les saignées et les sangsues.

Il est bon de savoir qu'au moment où M. Ronzel vint suivre notre clinique, il n'était rien moins que prévenu en faveur de notre doctrine et de notre méthode de traitement; ainsi que bien d'autres, il a fini par rendre hommage à la vérité.

A ces 26 malades, il faut en joindre deux autres qui entrèrent quelque temps après, et qui guérirent tous les deux. Voilà donc 28 cas d'entérite typhoïde, dans lesquels la mortalité ne fut que d'un quatorzième.

Avril 1834.

Cas d'entérite typhoïde. . . 10 { guéris 8 / morts 2 } — 10

Numéros.	Saignées.	Sangsues.	Ventouses.	Vésicatoires.	Chlorures ou simples émollients.	Morts ou guéris.
SALLE SAINT JEAN (hommes).						
3	1 3 à 4pal.	60 abdom.	2	1	chlorures.	guéri.
5	4 id.	35 ab. et poit.	»	»	id.	id.
2	6 id.	60 id.	3	»	id.	id.
3	1 id.	20 abd.	»	»	émoll.	id.
9	1 id.	50 id.	»	»	chlorures.	mort.
12	»	15 épig.	»	»	émoll.	guéri.
18	3 id.	60 abd.	»	»	chlorures.	mort.
29	3 id.	35 id.	»	»	émoll.	guéri.
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).						
4	»	50 id.	»	»	id.	id.
4	3 id.	45 id.	»	»	id.	id.

(1) On sera, sans doute, surpris, de ce qu'un si grand nombre de sujets atteints d'entérite typhoïde aient été reçus dans notre clinique, en si peu de temps. Mais la surprise cessera quand on saura qu'étant alors de service au bureau central, il m'a été facile de diriger un pareil nombre de malades à la clinique.

Moyenne des émissions sanguines : 11 à 12 palettes ou 44 à 48 onces.

Chez les malades des nºs 2 et 5, ce fut la complication d'un engouement péripneumonique qui nécessita les saignées multipliées indiquées sur le tableau.

Mortalité : 1 sur 5.

Mai 1834.

Cas d'entéro-mésentérite typhoïde. 9 { guéris 7 / morts 2 } — 9

Mortalité de 1 sur 4 1/2

Numéros.	Saignées.	Sangsues.	Vésicatoires.	Chlorures ou simples émollients.	Date de la guérison ou de la mort après l'ent.
SALLE SAINT JEAN (hommes).					
3	1 3 p. 1/2.	54 abdom.	»	chlor.	guéri le 6e j.
13	1 id.	30 id.	»	id.	id.
25	2 id.	40 id.	»	id.	id. 17e
26	2 id.	30 id.	»	id.	id. 8e
26	2 id.	102 ab. et têt.	2	id.	mort 15e(1).
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
11	»	»	»	émoll.	morte 7ej.(2)
11	1 3 p. 1/2.	20 abdom.	»	chlor.	guérie 11e
12	2 id.	60 id.	2	id.	id. 17e
13	1 id.	24 id.	»	id.	id. 14e

Moyenne des émissions sanguines. (On néglige ici le cas où l'on n'a pas précisé le traitement.) — 8 à 9 pal. ou 32 à 36 onces.

Mortalité : 2 sur 9 ou 1 sur 4 1/2.

On n'a point placé dans ce relevé six cas de simple *embarras gastrique* ou de véritable *fièvre bilieuse*, bien que de pareils cas soient considérés comme appartenant au *genre* fièvre typhoïde de certains pathologistes modernes. Si nous eussions adopté cette doctrine, notre mortalité serait réduite à 1 sur 7 1/2.

(1) Les symptômes de l'affection de l'intestin grêle avaient presque entièrement disparu, et le malade commençait à prendre quelques aliments, lorsqu'il fut emporté avec une extrême rapidité, par une congestion séreuse du cerveau, avec collapsus comateux. A l'ouverture du cadavre, on constata la cicatrisation des ulcérations intestinales.

(2) Arrivée au 12e jour de la maladie, cette femme était alors dans un état semi-comateux. On fit appliquer, à diverses reprises, des sangsues aux apophyses mastoïdes, bains, affusions, vésicatoires, synapismes. Tout fut inutile : les accidents cérébraux ne cédèrent qu'un instant pour éclater avec une gravité nouvelle.

Juin 1834.

3 *cas d'entéro-mésentérite* (1).

Numéros	Saignées.	Sangsues.	Vésicatoires.	Chlorures.	Époque de la guérison après l'entrée.
SALLE SAINT-JEAN (hommes).					
18	1 3 p. 1/2.	50	»	chlorure.	guéri le 10ᵉ j.
23	4 id.	30	2 et sinap.	id.	id. 41ᵉ
SALLE SAINTE-MADELEINE (femmes).					
8	1 2 p. 1/2.	30	2	id.	id. 25ᵉ

Dans ce relevé, qui ne contient que trois cas, la mortalité a été nulle. Tous les trois furent cependant remarquables par leur gravité.

Le malade du nº 18, moins dangereusement atteint que les deux autres, était au huitième jour de l'affection. L'abattement et la stupeur étaient néanmoins très-marqués; les lèvres, les dents et la langue étaient très-sèches; la peau aride, brûlante; le ventre était météorisé; il existait des selles liquides nombreuses et fétides, etc. Il survint des sudamina dans le cours de la maladie, et le ventre se couvrit de petits furoncles.

Chez le malade du nº 23, arrivé le sixième jour après l'invasion, l'entéro-mésentérite était compliquée d'un engouement péripneumonique, avec crachats visqueux, adhérents, rouillés, et râle crépitant (une bronchite générale existait en même temps). Cette grave complication, qui n'est malheureusement pas très-rare, nous décida, malgré la constitution un peu lymphatique du sujet, à faire, en vingt-quatre heures, trois saignées de 3 à 4 palettes chacune, et à retirer 4 palettes de sang environ par les ventouses. Alors, on s'occupa spécialement de l'entéro-mésentérite, qui ne céda que lentement, soit en raison de son extrême intensité, soit aussi en raison des imprudences de régime du malade; de nombreuses et profondes eschares se développèrent, etc. (1).

Chez la malade du nº 8, arrivée au huitième jour après l'invasion, il survint des phénomènes ataxiques ou cérébraux, qui nous inquiétèrent vivement. Les vésicatoires se couvrirent d'eschares gangréneuses, l'haleine exhalait une odeur des plus fétides, et les urines devinrent ammoniacales, etc.

(1) Je ne parlerai pas de six cas d'*embarras gastrique* ou de *fièvre gastrique*, qui cédèrent promptement à la méthode délayante. Encore une fois, nous n'avons point compris de pareils cas parmi ceux relatifs à la véritable *fièvre typhoïde*.

(1) Pendant la convalescence, le malade, à la suite d'un bain, éprouva un refroidissement, qui fut immédiatement suivi d'une violente pleuro-pneumonie. Le malade était trop épuisé pour qu'il nous fût possible de le soumettre à la formule des saignées coup sur coup. On ne lui fit qu'une seule saignée, et il succomba. A l'ouverture, nous constatâmes la cicatrisation de plusieurs ulcérations intestinales. Il existait un épanchement purulent dans le côté gauche de la poitrine et un *ramollissement gris* du poumon correspondant.

Juillet et août 1834.

Cas d'entéro-mésentérite typhoïde. 10 { 8 guéris. 2 morts.

10

Mortalité de 1 sur 5.

(Voir le tableau ci-après.)

Nºˢ	Saignées.	Ventouses.	Sangsues.	Vésicatoires, Chlorures, Émollients, etc.	Date de la convalescence ou de la mort après l'entrée.
SALLE SAINT JEAN (hommes).					
2	2 6 p.	2 vent. 6 p.	16 oreilles.	chlorures.	convalescent 30ᵉ jour.
8	1 3 p.	1 vent. sc. 3 p.	»	id.	id. 6ᵉ
11	5 16 p.	2 id. 6 p.	20	3 vés. id.	mort 9ᵉ (1)
16	1 3 p. 1/2.	1 id. 3 p. 1/2.	»		convalescent 3ᵉ
18	2 7 p.	2 4 p.	16	2 vés. aff. id.	mort 32ᵉ (2).
19	3 9 p.	1 3 p.	»	chlorures.	convalescent 7ᵉ
24	1 2 p.	1 3 p.	»	id.	id. 10ᵉ
SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
3	Cette femme fut soumise au traitement chloruré et voulut sortir avant d'être guérie (3)				
7	1 3 p.		40 abdom.	émollients.	convalescente 27ᵉ
8	2 6 p.	1 v. sc. 2 p. 1/2.		id.	id. 6ᵉ

(1) Le malade, alité depuis 7 jours au moment de son entrée, était dans l'état le plus grave.

(2) Même remarque que pour le précédent.

(3) Si l'on veut retrancher ce cas du tableau, il ne restera que 9 malades, et la mortalité aura été de 1 sur 4 1/2.

De novembre 1834 jusqu'à avril 1835.

29 *cas d'inflammation gastro-intestinales aiguës.*

Il y eut deux cas de très-légère irritation gastrique (simple *embarras gastrique*), et cinq cas de gastro-duodénite (*fièvre gastrique ou bilieuse*).

Ces sept cas furent promptement et facilement guéris par la diète et les adoucissants, soit seuls, dans les cas les plus légers, soit combinés aux émissions sanguines modérées (générales et locales), dans les cas plus graves.

Restent 22 cas d'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde).

Chez douze des malades, les plaques rosées ou lenticulaires (éruption typhoïde), furent très-prononcées.

La plupart des malades n'arrivèrent à la clinique, qu'à une époque assez avancée de la maladie (12 jours, terme moyen).

La moyenne de la quantité de sang retiré fut de dix palettes et demie (2 liv. 12 onces). Des vésicatoires furent employés dans la moitié des cas; les chlorures furent administrés à tous les malades. La mortalité fut de 3 sur 22, c'est-à-dire un peu au-dessous du septième. La durée moyenne de la maladie *fut* de 15 jours.

Le tableau ci-après offrira le résumé de ces 22 cas.

Nos.	Age de la maladie à l'entrée.	Saignées, Ventouses scarif. et Sangsues.	Vésicatoires, Bains, Affus., etc.	Date de la guérison ou de la mort, à partir du jour de l'entrée.
		SALLE SAINT-JEAN (hommes).		
1	8 jours.	» 2 (6 p.) = 6 p.	2 v. ipéc. 18 gr. chl.	guéri le 15e jour.
4	9	1 (3 p. 1/2). + 3 (9 p.) = 12 1/2.	2 v. bains, aff. id.	mort le 9e
4	10	1 id. + 1 (3 p.) = 6 p. 1/2.	» id.	guéri le 23e
6	8	5 (16 p.) + 2 (6 p.) = 22 p.	1 v. poit. id.	id. le 20e
7	10	1 (3 p. 1/2). » = 3 p. 1/2.	» id.	id. le 9e
7	10	1 id. + 1 (3 p.) = 7 p. 1/2.	» id.	id. le 10e
8	8	1 id. + 2 (6 p.) = 9 p. 1/2.	» id.	id. le 10e
8	7	2 (7 p. 1/2). + 1 (3 p.) et 40 sang. = 13 à 14 p.	» id.	id. le 16e
8	3	1 (3 p.) + 1 (3 p.) = 6 p.	» id.	id. le 7e
9	8	traitement adoucissant, et chlorures (cas léger).	» »	id. le 7e
9	15	2 (7 p.) + 1 (3 p. 1/2). = 10 p. 1/2.	» id.	id. le 14e
12	10	3 (11 p.) + 4 (12 p.) = 23 p.	2 v. id.	id. le 30e
12	8	2 (7 p.) + 1 (3 p.) et 20 sang. = 12 p.	2 v. id.	id. le 20e
16	5	1 (3 p. 1/2). + 2 (6 p.) = 13 p.	2 v. bains et aff. id.	mort le 57e (1)
18	15	1 id. +62 sangsues abd. = 9 à 10 p.	» id.	guéri le 7e
19	15	1 id. + 1 (3 p.) et 20 sangs. = 9 p.	» id.	id. le 9e
20	21	» » 2 (6 p.) = 6 p.	2 v. bains et aff. id.	id. le 17e
21	15	1 (4 p.) + 1 (3 p.) = 7 p.	» id.	id. le 7e
24	21	2 (8 p.) + 100 sang. ab. et têt. = 16 à 17 p.	2v. bains et af., gl. id.	mort (2)
		SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).		
2	4	1 (3 p.) + 1 (3 p.) = 6 p.	2 v. id.	guéri le 10e
6	15	» » » »	2 v. bains et aff. id.	id. le 23e
7	8	2 (7 p.) + 1 (3 p.) et 42 sang. = 13 à 14 p.	» id.	id. le 23e

(1) Vers le vingt-septième jour, le malade était convalescent de la phlegmasie intestinale. Il succomba un mois plus tard aux profondes eschares survenues dans le cours de la maladie.

(2) Ce malade succomba également aux eschares qui survinrent pendant le cours de la maladie.

Avril, mai et juin 1835.

Phlegmasies aiguës du tube digestif.

Cas de phlogose sous forme d'embarras gastrique et de fièvre gastrique ou bilieuse. 15 { guéris. 15 / morts. 0 } — 15

Les boissons délayantes, la diète, un vomitif dans un cas, les saignées modérées, firent promptement justice de la maladie.

Cas d'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde) . . . . . 16 { guéris. 12 / morts. 4 } — 16

Mortalité : 1 sur 4.

Le tableau ci-après offrira le résumé de ces 16 cas.

N°s.	Age de la maladie à l'entrée.	Saignées.	Ventouses et Sangsues.		Vésicatoires, Chlorures et autres moyens.	Date de la guérison ou de la mort après l'entrée.
			SALLE SAINT-JEAN (hommes).			
1	3 jours.	1 (3 p. 1/2).	+ 1 (3 p. 1/2).	= 7 p.	» chlorure.	guéri le 5e jour.
1	8	» »	»	»	» id.	id. le 9e
3	8	2 (7 p.)	+ 2 (7 p.)	= 14 p.	2 vés. id.	id. le 16e
6	10	» »	»	»	» id.	id. le 6e
7	8	3 (10 p.)	+ 4 (12 p.), 20 sang.	= 23 à 24 p.	2 vés. id. bains.	mort le 18e
7	13	» »	»	»	» id.	guéri le 13e
9	10	2 (7 p.)	+ 1 (3 p.)	= 10 p.	» id. bains.	id. le 7e
12	9	2 (6 p.)	+ 3 (8 p.)	= 14 p.	2 vés. id. affus.	mort le 20e
13	7	1 (3 p. 1/2).	+ 1 (3 p. 1/2).	= 7 p.	» id.	guéri le 7e
15	15	1 (3 p. 1/2).	+ 2 (7 p.)	= 10 p. 1/2.	2 v.syn.id.bains, aff.	mort le 16e
15	14	1 (5 p.)	+ 2 (7 p.)	= 12 p.	» id. id. id.	guéri le 14e
15	10	4 (13 p.)	+ 2 (6 p.), 20 sang.	= 20 p.	2 vés. id. id. gla.	mort le 41e
19	10	1 (3 p.)	+ 2 (6 p.)	= 9 p.	» id.	guéri le 13e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
	15	1 (3 p.)	+ 40 sang.	= 6 à 7 p.	» id.	guéri le 17e
	8	1 (3 p. 1/2).	+ 1 (3 p.)	= 6 p. 1/2.	» id.	id. le 6e
	8	»	1 (3 p. 1/2) 20 sang.	= 5 à 6 p.	» id.	id. le 12e

REMARQUES.

La moyenne de l'âge de la maladie, à l'arrivée des malades, était de 11 jours environ. Dans trois cas, la maladie fut assez légère pour céder aux émollients, à la diète et aux chlorures. Dans les treize autres cas, tous graves, la *moyenne* des émissions sanguines fut de 11 à 12 palettes, le *maximum* de 23 à 24 palettes, et le *minimum* de 5 à 6 palettes.

Les malades qui succombèrent offraient un état extrêmement grave, au moment de l'entrée. Ils eussent été probablement sauvés, s'ils fussent entrés à une époque moins avancée de la maladie. L'un d'eux était au quinzième jour de la maladie, un autre au dixième jour, un 3e au neuvième, un 4e au huitième.

Juillet et août 1835.

Irritations du tube digestif sous forme d'embarras gastrique ou de légère fièvre bilieuse . . . . . 15 { guéris. 15 / morts. 0 } — 15

On essaya, sans inconvénient, chez trois malades, l'ipécacuanha, et, de plus, l'huile de ricin, chez deux de ces malades.

Cas d'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde) . . . . . 26 { guéris. 24 / morts. 2 } — 26

Chiffre de la mortalité, 1 sur 13.

Le tableau ci-après offrira le résumé de ces 26 cas.

Nos	Age de la maladie à l'entrée.	Saignées.	Ventouses scarifiées.	Sangsues.	Vésicatoires et autres. adjuv.	Date de la guérison ou de la mort, après l'ent.
			SALLE SAINT JEAN (hommes).			
2	5 jours.	2 (7 palet.)	+ 2 (6 pal.)	= 13 p.	»	guéri le 14e j.
3	5	2 (7 p.)	+ 2 (6 p.)	= 13 p.	»	id. le 10e
4	12	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (4 p.)	= 7 p. 1/2.	»	id. le 7e
4	4	2 (7 p.)	+ 2 (6 p.)	= 13 p.	»	id. le 8e
5	9	3 (10 p. 1/2).	+ 1 (3 p.)	= 13 p. 1/2.	»	id. le 9e
6	6	1 (4 p.)	+ 2 (6 p. 1/2)	= 10 p. 1/2.	compr. froides.	id. le 10e
7	6	2 (7 p. 1/2).	+ 4 (12 p.)	= 19 p. 1/2.	2 vés., glace, aff., bains.	id. le 30e
7	15	1 (3 p. 1/2).	+ 2 (3 p.)	= 6 p. 1/2.	»	id. le 10e
8	15	3 (10 p.)	+ 2 (6 p.)	= 16 p.	2 vés. affus., bains.	mort le 25e
8	5	1 (3 p. 1/2).	+ 2 (6 p. 1/2)	= 9 p. 1/2.	1 vés. morphine.	guéri le 11e
9	3	» »	»		trait. par les chlorures.	id. le 7e
9	15	1 (3 p. 1/2).	+ 2 (7 p.)	= 10 p. 1/2.	»	id. le 10e
11	10	3 (10 p. 1/2)	+ 2 (6 p.), 35 sangs.	= 17 à 18 p.	2 v. glace, frict., merc.	id. le 31e
12	10	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 7 p.	»	id. le 6e
13	12	2 (7 p.)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 10 p. 1/2.	»	id. le 8e
16	8	2 (7 p.)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 10 p. 1/2.	»	id. le 8e
17	5	1 (4 p.)	+ 2 (3 p.)	= 7 p.	»	id. le 5e
19	8	1 (4 p.)	+ 2 (6 p.)	= 10 p.	2 v., glace abd. et tête.	mort le 16e
20	10	1 (3 p. 1/2)	+ 2 (6 p.)	= 9 p. 1/2.	»	guéri le 10e
21	8	1 (4 p.)	+ 1 (3 p.)	= 7 p.	»	id. le 8e
22	10	2 (7 p.)	+ 1 (3 p.)	= 10 p.	»	id. le 6e
24	12	1 (3 p.)	+ 2 (6 p.)	= 9 p.	2 v., glace abd. et tête.	id. le 16e
25	3	1 (3 p. 1/2)	+ 1 (3 p. 1/2)	= 7 p.	»	id. le 8e
26	10	2 (7 p. 1/2)	+ 3 (10 p.)	= 18 p. 1/2.	40 g. h. cr. tigl. s. la poit.	id. le 16e
			SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).			
4	25	» »	3 (7 p.), 20 sangs.	= 7 à 8 p.	2 v., glace, affus. musc.	guéri le 24e
10	12	1 (3 p. 1/2)	+ 2 (6 p. 1/2)	= 10 p.	2 v., glace abd. et tête.	id. le 21e

REMARQUES.

Les cas compris dans cette série furent généralement très-graves. Je citerai, en particulier, le malade du n° 11. La maladie abdominale se compliqua d'un ramollissement cérébral bien caractérisé (paralysie avec rigidité d'un côté du corps, etc.), et d'un érysipèle qui parcourut une grande partie de la tête et du tronc. Ce malade avait été en proie à un chagrin violent avant son entrée. Nous fûmes assez heureux pour le sauver.

Les deux sujets que nous avons perdus arrivèrent dans l'état le plus alarmant. L'un d'eux était malade déjà depuis 15 jours. Cependant, même à cette époque de la maladie, et celle-ci étant très-grave, il ne faut pas complètement désespérer du salut des malades. C'est ainsi, par exemple, que nous avons guéri la malade du n° 4, bien qu'elle ne fût entrée qu'au 25e jour de la maladie, dans un état des plus inquiétants, et offrant des phénomènes ataxiques très-prononcés.

Terme moyen, les malades furent reçus au onzième jour après l'invasion.

La moyenne de la durée du traitement jusqu'à la convalescence bien confirmée, fut de 11 à 32 jours (1).

Du mois de novembre 1835 au 20 mars 1836.

Phlegmasies du tube digestif.

Cas d'embarras gastrique (irritation gastrique légère. . . . . 8 (guéris.)

Traités par les émollients.

Cas de fièvre gastrique ou bilieuse (gastro-duodénite peu intense). . . . . 7 (guéris.)

Traités par les émollients ou de légères émissions sanguines.

Cas d'entéro-colites. . . . . 2 (guéris.)

Entérite folliculeuse ou entéro-mésentérite typhoïde (espèce grave de l'affection ou fièvre typhoïde de MM. Louis et Chomel). . . . . 19 { guéris 18 / mort 1 } 19

Sur ce nombre, il n'y a eu qu'une femme.

Le tableau suivant donnera l'indication de la durée de la maladie, du mode de traitement, etc.

(1) J'entends ici par convalescence confirmée, l'état des malades qui supportent déjà quelque nourriture (bouillons, potages, un biscuit avec un peu d'eau rougie, un œuf frais, une pomme cuite ou autres aliments semblables).

Numéros.	Date du début.	Saignées.	Ventouses.	Sangsues.	Vésicat., etc.	Chlorures.	Date de la guérison ou de la mort.	Age.	Observations.
				SALLE SAINT JEAN (hommes).					
21	7j.	2= 7 p.	1= 3 p.	»	»	trait. chl.	guéri le 8e j.	19 a.	affect. peu intense.
3	15	4=13 p.	2= 6 p.	»	2 vés.mollets.	id.	guéri le 19e	21—	— très-grave.
17	10	1= 3 p.1/2	2= 6 p.	»	catapl. crot.	id.	guéri le 8e	25—	— avec bronch.
22	25	3= 9 p.	1= 5 p.	12 temp.	2vés.et sinap.	id.com. fr.	mort le 9e	22—	—très-gr.à l'ent.
12	8	1= 3 p. 1/2	2= 7 p.	»	»	trait. chl.	guéri le 8e	16—	
2	9	1= 3 p. 1/2	3=10 p.	»	»	id.	guéri le 19e	23—	— grave.
24	10	1= 3 p. 1/2	2= 6 p.	»	2vés. mollets.	id.	guéri le 6e	22—	
16	5	3= 9 p.	3= 9 p.	»	»	id.	guéri le 17e	25—	
8	6	1= 3 p.	2= 6 p.	»	»	id.	guéri le 6e	19—	
13*b*.	6	1= 3 p.1/2	1= 3 p.	»	»	id.	guéri le 5e	26—	— légère.
15	2	3= 9 p.	2= 6 p.	»	1 vés. poitr.	id.	guéri le 8e	18—	bronch.-pneumon.
6	4	2= 6 p.1/2	1= 2 p. 1/2	»	»	id.	guéri le 6e	19—	
18	3	2= 6 p. 1/2	1= 3 p.	»	»	id.	guéri le 9e	19—	
25	5	1= 3 p. 1/2	1= 3 p.	»	»	id.	guéri le 8e	22—	
19	8	1= 3 p.	1= 4 p.	»	»	id.	guéri le 6e	21—	— légère.
17	12	2= 6 p.	3= 9 p.	»	1 v. 1 cat. cr.	id.	guéri le 29e	24—	laryn.br.int.Rech.
23	4	3= 9 p.	2= 6 p.	»	1 catapl. crot.	id.	guéri le 17e	18—	bronchite intense.
26	6	1= 3 p.	1= 3 p.	»	»	id.	guéri le 7e	23—	affect. légère.
				SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).					
7	8	1=3 p.	1= 3 p.	»	»	id.	guéri le 10e		affect. grave.

RÉSULTATS.

Sur 19 malades, 18 guéris, 1 mort (entré le vingt-cinquième jour après le début de la maladie).

Moyenne des émissions sanguines. — 5 palettes de sang tiré par la lancette; 6 palettes de sang tiré par les ventouses. Total, 11 palettes.

La durée moyenne de la maladie, chez les 18 malades qui ont guéri, a été d'un peu moins de onze jours.

CHAPITRE IV.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR L'ANCIENNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Le rhumatisme articulaire aigu se termine rarement par la mort, même quand il n'est que mollement attaqué par les saignées à petite dose. Cependant, quand il coïncide avec une péricardite ou une endocardite, coïncidence dont j'ai signalé ailleurs la fréquence (1), cette terminaison peut avoir lieu, ainsi qu'on en lit quelques exemples dans la *Lancette française* (*Voyez*, en particulier, la collection de ce journal pour l'année 1835). Mais par cette méthode, la maladie, quand elle est très-intense, se prolonge généralement pendant plusieurs septenaires, et passe assez souvent à l'état chronique. Or, quiconque aura lu avec attention le *Traité clinique des maladies du cœur, et les recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, sera surabondamment convaincu qu'un très-grand nombre de lésions dites organiques du cœur, nécessairement mortelles au bout d'un temps plus ou moins long, tirent leur origine d'un ancien rhumatisme articulaire aigu, avec coïncidence d'endo-péricardite. J'ai montré un si grand nombre de cas à l'appui de cette vérité, et il est si facile de s'en convaincre, en y mettant un peu de bonne volonté, que j'ai peine à concevoir comment un observateur aussi habile que M. le docteur Grisolle a pu élever le moindre doute à cet égard : c'est nier l'évidence (1).

Lorsqu'on abandonne à lui-même un rhumatisme articulaire aigu, sa durée est plus longue encore que dans les cas où il a été combattu par les émissions sanguines modérées ou à petite dose.

Enfin, il paraît que l'emploi de l'opium à haute dose peut être suivi d'accidents mortels.

Tout récemment, par exemple, il a été soutenu à la Faculté de médecine de Paris, une thèse où se

(1) *Traité clinique des maladies du cœur et recherches sur le rhumatisme articulaire aigu.*

(1) Voyez le n° du 26 mars du *Journal hebdomadaire.* M. Grisolle, dont je sais apprécier le talent, me permettra de ne pas relever beaucoup d'inexactitudes qui lui sont échappées dans le travail auquel je fais ici allusion.

trouvent trois observations qui semblent démontrer la possibilité d'une terminaison funeste dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, traité par cette méthode (1). Cependant, dans ces trois cas, la maladie était beaucoup moins grave que dans la plupart de ceux où la méthode des saignées coup sur coup, sagement employée, est suivie d'un si prompt et si constant succès. Dans mes *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, je disais : « Quelques médecins emploient maintenant l'opium à haute dose. Si ces médecins réussissent mieux que par la méthode que nous suivons, nous leur en ferons très-volontiers le sacrifice. « Les faits malheureux dont nous venons de parler ne sont pas propres à nous faire sacrifier notre méthode à celle de l'opium à haute dose.

ARTICLE II.

Résultats obtenus par la formule des émissions sanguines coup sur coup (2).

§ 1.

Depuis le mois de septembre 1831 jusqu'au 20 mars 1836, nous avons recueilli 101 cas de rhumatisme articulaire aigu. Tous ces cas, un seul excepté, se sont terminés par la guérison. Le cas qui se termina d'une manière funeste, a été recueilli à une époque où je n'avais pas encore formulé les émissions sanguines coup sur coup; et d'ailleurs la mort fut la suite d'un vaste érysipèle phlegmoneux, avec accidents cérébraux. Quoi qu'il en soit, j'affirme que depuis l'usage des saignées ainsi formulées, il n'est mort, dans nos salles, aucun individu atteint de rhumatisme articulaire aigu : et dans combien de cas cependant n'avons-nous pas eu à combattre l'endocardite et la péricardite rhumatismales (3) !

Un des effets les plus remarquables, j'ai presque dit les plus merveilleux, de cette formule, c'est la rapidité avec laquelle on arrête, on *jugule* une maladie jusque-là réputée si longue et si rebelle. Ainsi que je l'ai dit dans les *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, dès le sixième, septième ou huitième jour (sauf quelques rares exceptions), la convalescence se déclare franchement, et l'on peut commencer à nourrir les malades. Alors la fièvre a complètement cessé, ainsi que les symptômes locaux.

En présence de pareils faits, on persiste à soutenir qu'il est peu d'affections contre lesquelles les secours de l'art soient plus impuissants que contre le rhumatisme articulaire aigu ! « Qu'on me signale, a dit un auteur dans un journal de médecine, qu'on me signale un médicament sous l'influence duquel un rhumatisme articulaire aigu, précédé et accompagné d'un mouvement fébrile intense, et parcourant successivement un grand nombre d'articulations, s'est terminé fréquemment le huitième, le dixième, le douzième jour, et je suis prêt à le regarder comme un *spécifique* : malheureusement ce remède est encore à trouver. »

Non, ce remède n'est plus à trouver. Il est vrai qu'il consiste dans une formule particulière des émissions sanguines, et que l'auteur dont nous parlons pourra dire que cette formule n'est pas un *médicament spécifique*. A la bonne heure; je crois qu'en procédant avec cette philosophie, on cherchera long-temps encore le *spécifique* du rhumatisme articulaire aigu, comme aussi celui de la pneumonie, de la pleurésie, etc., etc.

Les analyses suivantes compléteront ce que j'avais à dire dans cet article.

§ II.

Relevé de dix cas de rhumatisme articulaire aigu, recueillis pendant le second semestre de l'année scolaire 1832-1833.

1° HOMMES (*Salle Saint-Jean-de-Dieu*).

1er malade (19 ans), couché au n° 26. — 3 saignées de 4 palettes chacune; 24 sangsues. — Guéri le seizième jour après l'entrée.

(1) Observations sur le rhumatisme articulaire aigu, traité par l'opium à haute dose; thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1er mars 1836, par *Étienne-William Vergne*.

(2) Je renvoie pour les détails de cette formule à mes *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*. Je dirai seulement ici que la quantité moyenne de sang que nous retirons dans les cas où le rhumatisme articulaire est très-intense, monte à 4 à 5 livres, et qu'elle ne dépasse pas, au contraire, 2 ou 3 livres dans les cas de moyenne intensité.

(3) On lit dans le *Bulletin thérapeutique* pour le mois d'avril 1836, un cas de rhumatisme articulaire aigu qui s'est terminé par la mort, dans le service de M. Chomel. L'auteur anonyme de l'article que nous signalons n'a pas craint d'insinuer que la formule des émissions sanguines coup sur coup, telle que je l'ai exposée, était cause de la mort du sujet. Or, il faut savoir qu'on a fait chez ce sujet, qui était, dit-on, une fille *lymphatique*, des saignées de 18 et même de 30 onces, au lieu de saignées de 12 à 15 onces, et que, au lieu de tirer 3, 4 ou 5 livres de sang, on en a tiré 8. Attribuer ainsi la mort d'un malade à une formule qui n'a pas été employée, est assurément un procédé dont je n'envie pas l'invention à son auteur. Je ferai seulement remarquer que si cette malade eût été traitée dans notre service, il est infiniment probable qu'elle n'eût pas succombé. Quand donc arrivera le jour de la justice et de la vérité ?

2e malade (59 ans), couché au n° 13, moins fortement pris que le précédent. — 2 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le dixième jour.

3e malade (22 ans), couché au n° 1. (Rhumatisme d'une assez grande intensité.) — 2 saignées de 3 à 4 palettes ; 90 sangsues. — Guéri le quinzième jour.

4e malade (22 ans), couché au n° 11. — 2 saignées de 3 à 4 palettes ; 16 sangsues. — Guéri le seizième jour.

5e malade (45 ans), couché au n° 9. — 3 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le vingtième jour.

6e malade (25 ans), couché au n° 12. (Rhumatisme très-intense, occupant presque toutes les articulations.) — 7 saignées de 3 à 4 palettes ; 58 sangsues. — Guéri le vingt-cinquième jour.

7e malade (30 ans). (Rhumatisme des plus intenses qu'on puisse rencontrer, occupant presque toutes les articulations, avec fièvre très-violente.) — 4 saignées de 3 à 4 palettes ; 44 sangsues. — Guéri le quatorzième jour.

— Rechute grave, à la suite d'un refroidissement. — 5 nouvelles saignées de 3 palettes. — Guéri de nouveau, seize jours après la rechute.

2° FEMMES. (*Salle Sainte Madeleine.*)

8e malade (19 ans), d'une constitution délicate, couchée au n° 9. (Rhumatisme intense, et l'un de ceux qui furent compliqués d'endocardite rhumatismale.) — 4 saignées de 2 à 3 palettes ; 6 sangsues. — Guérie le seizième jour (1).

9e malade (23 ans), couchée au n° 7. (Rhumatisme peu intense. — 20 sangsues. — Guérie du huitième au dixième jour.)

10e malade (43 ans), chlorotique, atteinte d'un catarrhe utéro-vaginal. — 1 saignée de 2 à 3 palettes ; 15 sangsues. — Guérie le seizième jour.

Nota. Voici les moyens adjuvants : Boissons adoucissantes, diaphorétiques, bains ; préparations opiacées soit à l'intérieur, soit à l'extérieur ; quelques légers minoratifs ; compression sur les articulations où il persistait de l'empâtement sans douleur ; diète absolue, jusqu'à cessation de la fièvre.

(1) A la sortie de la malade, il existait encore un bruit de soufflet assez fort, qui masquait le claquement valvulaire du cœur. Le rhumatisme *extérieur* était entièrement dissipé.

TABLEAU STATISTIQUE *de 16 cas de Rhumatisme articulaire aigu, traités par la formule des saignées générales et locales coup sur coup, pendant cinq mois de l'année* 1834 (1).

Numéros.	DATE de la maladie à l'entrée.	Saignées du bras.	Sangsues.	Ventouses scarifiées.	Durée du traitement.	Epoque de la guérison après l'entrée (2).
		SALLE SAINT-JEAN (hommes).				
2	8e jour.	1 (4 pal.)	32	»	9 jours	17 jours.
2	5e	4 (15 p.)	12	»	9	14
7	15e (rh. born. au gen.)	»	30	3 (10 p. 1/2).	17	32 (3).
10	15e	4 (17 p.)	»	»	10	25
11	8e	3 (11 p.)	»	»	6	14
12	3e	6 (20 p.)	20	1 (3 p. 1/2).	23	26
13	15e	3 (12 p.)	»	»	7	22
14	8e	2 (9 p.)	94	2 (6 p.)	14	22
16	15e	4 (16 p.)	»	»	6	21
16	7e	2 (7 p.)	40	»	8	15
26	6e	1 (4 p.)	»	»	7	13
		SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).				
3	5e	2 (7 p.)	»	2 (6 p.)	12	17
4	7e	4 (12 p.)	11	»	12	19
7	3e	2 (3 p. 1/2).	24	»	11	14
9	3e	7 (24 p.)	»	»	16	19
12	5e	5 (11 p.)	157	»	15	20

NOTA. — La *moyenne* de la dose des émissions sanguines générales et locales dans les cas ci-dessus a été d'environ 4 à 5 livres.

La *moyenne* de la durée jusqu'à complète guérison a été de 19 jours : nous entendons ici par complète guérison l'époque où les malades mangent le quart ou la demie.

(1) Chez un seul des malades chez lesquels le rhumatisme fut *généralisé*, une saignée du bras de 4 palettes suffit à la guérison. Les moyens adjuvants furent les suivants : Chez 9 des malades, quelques opiacés ; chez 2, un vésicatoire, plus un purgatif chez l'un d'eux ; chez 2, des bains ; chez 3, des frictions mercurielles avec ou sans compression des articulations.

(2) Nous ne portons ici comme guéris que les malades qui n'ont plus de fièvre, qui se lèvent, marchent et mangent le quart, la demie ou les trois quarts.

[3] On remarquera que, chez ce malade, le rhumatisme fut borné au genou, et qu'il fut le plus long, le plus rebelle de tous. Ce n'est pas, au reste, le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré. Lorsque la maladie se concentre ainsi sur quelques articulations, elle a généralement plus d'intensité, plus de profondeur que dans les cas où elle est éparpillée sur un très-grand nombre d'articulations. On remarquera également que chez ce malade le rhumatisme datait de quinze jours au moment de l'entrée, et que cependant il s'est terminé moins rapidement que ceux des malades arrivés quelques jours seulement après le début de la maladie. Cette observation s'adresse à ceux qui ont répondu à nos relevés, en disant que dans le cas où le rhumatisme était guéri aussi promptement que nous l'annonçons, c'est qu'il existait déjà depuis long-temps au moment de l'entrée. Cette objection nous a paru bien bizarre ; car, règle générale, on guérit d'autant plus rapidement le rhumatisme articulaire aigu, qu'il est de date plus récente au moment de l'entrée des malades.

De novembre 1835 au 20 mars 1836.

Cas de rhumatisme articulaire aigu. . 17 (guéris).

De ces 17 cas, 7 appartenaient au rhumatisme sub-aigu.

Dans 9 cas, il y eut coïncidence d'endocardite.

La durée moyenne du traitement, dans les cas graves, fut de douze à treize jours.

Le traitement ne différa point de celui employé chez les malades des deux précédents relevés. C'est pourquoi il nous paraît inutile d'y insister.

On voit par ces tableaux et par tout ce qui précède que, même dans les cas extrêmes, nous n'avons jamais retiré 12 livres de sang. Il faut vraiment jouer de malheur pour être réduit à tirer autant de sang, surtout sans réussir à étouffer la maladie.

Ce malheur est arrivé à M. Chomel, ainsi que je le lui ai entendu dire, et le fait a d'ailleurs été publié dans un journal, auquel nous emprunterons le passage suivant :

« L'emploi des émissions sanguines a souvent été suivi de soulagement; mais, quoiqu'on les ait employées largement, on n'a jamais pu *juguler* la maladie (le rhumatisme). Je rappellerai entre autres l'observation d'un malade à qui on tira DOUZE livres de sang : la maladie *sembla* se terminer le vingt-cinquième jour, mais elle revint au bout de quelques jours et se prolongea pendant une quinzaine. » (*Lancette franç., résumé de la Clinique de M. Chomel;* 1er octobre 1835.)

Nous n'avons rien à répondre à cela, sinon qu'en mettant en usage la formule que nous venons de faire connaître, on obtiendra les mêmes résultats que nous. Encore une fois, il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets produits par la soustraction de 4 à 5 livres de sang, dans l'espace de 3 à 4 jours, et ceux produits par la soustraction de la même quantité de sang dans l'espace de huit, dix, quinze jours et même plus (1).

(1) Je ne sais vraiment pourquoi quelques personnes sont journellement à répéter qu'*elles saignent aussi comme nous, et que néanmoins elles n'obtiennent pas les résultats que nous annonçons.* Non, et cent fois non, dans ces cas, on ne saigne pas suivant notre formule, quoi qu'on en dise. En voici une preuve :

J'avais entendu soutenir à deux praticiens célèbres, qu'ils avaient saigné chacun un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, par la formule des saignées coup sur coup, et que cependant ils n'avaient point obtenu les succès par nous indiqués. Or, on verra par le récit des cas dont il s'agit, qui m'a été communiqué par des personnes dont le témoignage inspire une pleine confiance, qu'on s'est étrangement trompé, si l'on a cru avoir saigné à notre manière, et que partant il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas obtenu les mêmes effets que nous.

PREMIÈRE OBSERVATION (*communiquée par M. Michel*).

François Hachette, âgé de 25 ans, menuisier, d'une constitution très-robuste, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, le 19 juillet 1835, dans la soirée, après un travail pénible dans un endroit bas, humide et exposé à des courants d'air, de frissons suivis de chaleur, puis de douleurs dans le coude et le poignet gauches, dans les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Hachette fut obligé de se coucher; et après quatre jours de lit, pendant lesquels il ne fit que boire de l'eau et du vin, il se décida à entrer à l'hôpital de la faculté.

Examen du malade le 23 juillet, jour de l'entrée : décubitus en supination; face rouge; peau chaude, couverte d'une sueur abondante; le coude et le poignet gauches, les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, sont tuméfiés, rouges, douloureux; le malade ne peut remuer aucune de ces parties.

Prescription : *Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.*

24 juillet. — Le malade offre les mêmes symptômes; la saignée l'a peu soulagé; la peau est chaude, la fièvre forte.

Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.

25. — Le malade remue un peu les genoux et les pieds, qui sont moins douloureux; le coude et le poignet gauches sont encore tuméfiés, rouges; le pouls conserve sa fréquence.

Une saignée de 4 palettes, boissons émollientes, diète.

26. — La fièvre est moins forte, les articulations moins tuméfiées; cependant le malade ne peut encore sortir de son lit.

Boissons émollientes, potages.

Pendant la journée du 27, le malade sort de son lit et se promène dans les salles.

28. — Le pied gauche est enflé, douloureux; le pouls a repris sa fréquence.

12 *sangsues au pied gauche, cataplasmes, boissons émollientes, diète.*

29. — Le pied gauche est moins tuméfié, moins rouge : mais le pied droit commence à devenir douloureux; la fièvre est toujours forte.

15 *sangsues au pied droit, boissons émollientes, cataplasmes.*

30. — Le malade remue un peu les pieds; le pouls a perdu de sa fréquence.

Boissons émollientes, cataplasmes, potages.

CHAPITRE V.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MÉTHODE ORDINAIRE DES SAIGNÉES DANS LE TRAITEMENT DE L'ANGINE GUTTURALE OU TONSILLAIRE ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne méthode.

Dans ses *Recherches sur les effets de la saignée*, M. Louis dit : « Sur 23 sujets dont l'angine a été

plus ou moins forte, 13 ont été saignés ; la durée moyenne de l'affection fut de 9 jours chez ces malades, de 10 jours 1/4 chez les autres..... L'influence de la saignée sur la marche de l'angine est extrêmement bornée. »

Cette conclusion est rigoureusement déduite des faits analysés par M. Louis. Que prouve-t-elle? que la formule des émissions sanguines employée dans ces cas n'a qu'une *influence extrêmement bornée sur la marche de l'angine.* Mais ce serait se tromper étrangement que d'en conclure qu'une formule plus énergique n'aurait pas des résultats plus avantageux. C'est ce que nous allons prouver dans l'article suivant.

31. — Les pieds sont à peu près dégagés ; les autres articulations entreprises sont encore un peu tuméfiées, mais peu douloureuses.

Bain.

Par un temps froid, le malade traverse la cour de l'hôpital pour se rendre à son bain.

1er août. — Les deux pieds sont de nouveau affectés de rhumatisme ; la fièvre est forte.

12 *sangsues à chaque articulation tibio-tarsienne, cataplasmes.*

2. — Le soulagement n'est pas appréciable : les pieds sont dans le même état d'inflammation ; les genoux commencent à devenir douloureux : le médecin renonce à l'emploi des émissions sanguines.

Depuis le 2 août, le malade n'a pas quitté son lit ; il a constamment souffert des genoux et des articulations tibio-tarsiennes.

Aujourd'hui, 1er septembre, les genoux sont peu douloureux ; mais le coude et le poignet droits sont rouges, tuméfiés ; la fièvre existe toujours.

Le traitement consiste en des *boissons émollientes, des cataplasmes laudanisés, et quelques gouttes d'oxymel scillitique.*

Je le demande, en conscience, est-ce la formule des saignées coup sur coup (4 dans l'espace de 24 heures, y compris la saignée locale), qui a été employée chez le précédent malade ? Et cette observation dont on a argué pour attaquer les résultats de notre formule, n'est-elle pas, au contraire, une nouvelle preuve de son incontestable supériorité sur les autres formules, puisque en effet les émissions sanguines, bien que n'ayant point été ménagées ici, mais ayant été pratiquées à de trop longs intervalles les unes des autres, n'ont pas été suivies d'une prompte guérison, et n'ont pas même enrayé notablement le cours de la maladie? Encore une dernière fois, nous savons très-bien que les saignées ainsi pratiquées ne *jugulent* pas les maladies, ne les guérissent pas même très-souvent, et c'est précisément parce que nous savons parfaitement cela, que nous avons proposé une autre formule.

Mais voyons la seconde observation.

SECONDE OBSERVATION.

Le sujet de cette seconde observation est une domestique de 22 ans, à laquelle on disait avoir vainement retiré 10 à 12 livres de sang par la méthode des saignées coup sur coup. Elle était depuis deux mois et demi à l'Hôtel-Dieu, qu'elle n'était pas encore guérie, et cependant le rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle avait été reçue ne datait que de trois jours au moment de son admission.

Elle sortit sans être entièrement guérie ; et, quinze jours plus tard, elle fut admise à l'hôpital de la Charité (service de M. Fouquier), les douleurs articulaires étant alors peu vives, mais presque générales.

C'est là que M. le docteur Jules Pelletan recueillit des détails sur la manière dont elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu. Or, il résulte de ces détails qu'au lieu d'avoir été saignée coup sur coup, comme nous le pratiquons, elle n'avait pas même été saignée tous les jours, mais bien de deux jours l'un, jusqu'au 8e jour.

De plus, 15 sangsues furent appliquées à l'épaule droite, 8 aux poignets, 28 aux malléoles (bien entendu que toutes ces sangsues furent appliquées à plusieurs reprises différentes).

Dans cette seconde observation, ce dont on doit être étonné, ce n'est pas de la longue durée de la maladie, mais bien de ce que de pareils faits soient donnés à titre d'exemples des saignées pratiquées suivant notre formule.

Et voilà justement comme on écrit l'histoire !

En définitive, pour la juste appréciation de la formule des émissions sanguines coup sur coup, nous en appelons à l'opinion publique éclairée par une saine expérience. C'est de ce tribunal suprême que relèvent toutes les questions de ce genre.

(1) Depuis que ceci est écrit, un homme, après 24 heures de séjour dans notre service, a été emporté par une angine tonsillaire suffocante, j'ai presque dit foudroyante. Les personnes qui le conduisirent affirmèrent qu'il n'était malade que depuis quatre jours environ. Une saignée de 3 à 4 palettes lui fut pratiquée quelques heures après son entrée. Quand je le vis, le lendemain 28, il était dans l'état le plus alarmant : il ne pouvait ni parler, ni cracher, ni avaler ; à travers la légère ouverture dont la bouche était susceptible, on voyait le gosier obstrué par les amygdales tuméfiées; le malade criait, s'agitait convulsivement quand il avalait quelques gouttes de boisson ; le pouls était fai-

ARTICLE II.

Résultats de la nouvelle formule des émissions sanguines.

§ I.

Je n'ai pas fait le relevé de tous les cas d'angine que j'ai traités depuis quatre ans. Le nombre s'en est élevé à une centaine au moins, et aucune n'a été mortelle. Nous avons eu à traiter cependant un bon nombre de ces graves *esquinancies* dont la terminaison n'est que trop souvent mortelle, comme on peut s'en assurer en lisant les auteurs qui ont écrit sur cette maladie. J'en ai moi-même observé et publié quelques cas, à l'époque où j'étais interne dans les hôpitaux (1).

Depuis le mois de juin 1835 jusqu'au 20 mars 1836, le nombre des angines dont j'ai fait le relevé s'élève à 27. Plusieurs d'entr'elles ont été fort graves, et quelques-unes ont affecté la forme diphthéritique ou pseudo-membraneuse. La plupart ont cédé à une saignée de 3 à 4 palettes et à une application d'une trentaine de sangsues, faite immédiatement après la saignée. Dans quelques cas très-graves, il fallut répéter deux jours de suite cette émission sanguine. Un cas de ce genre s'est présenté à nous ces jours derniers. Un jeune homme d'une vingtaine d'années est conduit à la clinique pour une angine datant de deux jours ; avant l'entrée, 15 sangsues avaient été appliquées sans succès. Les amygdales étaient tellement gonflées, qu'elles se touchaient par leur face interne. Le pouls était à 100; le visage offrait une teinte bilieuse, et il existait un peu de stupeur.

3e jour de la maladie : *saignée 3 à 4 palettes*, 30 *sangsues*.

4e jour. — Point de soulagement marqué. *Saignée de 4 palettes*, 30 *sangsues*. J'annonce que cette nouvelle émission sanguine jugulera la maladie.

5e jour. — Le malade se trouve bien, fièvre presque nulle ; un intervalle de six à huit lignes sépare les amygdales.

6e jour. — Appétit ; amygdale gauche revenue à son volume normal, amygdale droite encore un peu gonflée (bouillon).

7e jour. — Résolution. (Bouill. potage.)

8e jour. — Le malade mange le *demi-quart*.

9e jour. — Il se sent assez fort pour sortir.

Je puis affirmer, de la manière la plus positive, que rien n'est plus aisé que de juguler en 3 ou 4 jours une angine intense *récente*, attaquée par la formule des saignées coup sur coup, comme dans le cas précédent.

Le tableau suivant donnera une idée des modifications de cette formule, selon les cas.

§ II.

Juillet et août 1835.

Cas d'angine tonsillaire. . . . 9 (tous guéris).

Numéros.	Age de la maladie à l'entrée.	Saignées.	Sangsues, Ventouses scar.	Date de la guérison après l'entrée.
		SALLE SAINT JEAN (hommes).		
1	8 j.	1 (3 p. 1/2).	20 sangs.	guéri le 4e j.
15	6	id. id.	40s.et2ap.v.(6p.)	id. le 6e
17	6	id. id.	50 sangs.	id. le 7e
19	3	id. id.	30 sangs.	id. le 5e
19	4	id. id.	id.	id. le 5e
		SALLE SAINTE MADELEINE (femmes).		
5	1(1)	1 (3 p.)	40 sangs.	id. le 5e
8	2	1 (3 p. 1/2).	50 sangs.	id. le 6e
12	3	id. id.	20 sangs.	id. le 4e
13	4	id. id.	30 s.h. deric. ℥ ij	id. le 3e

REMARQUES.

Chez le malade du n° 1, l'amygdalite était compliquée d'angine laryngée.

Chez la femme du n° 8, l'angine tonsillaire était accompagnée de plaques diphtéritiques.

Chez le malade du n° 15, l'amygdalite était d'une extrême gravité. C'est la raison pour laquelle le traitement fut plus énergique que chez aucun des autres malades.

(1) Entrée pour une autre maladie, cette femme en était guérie, lorsqu'elle fut prise d'une angine tonsillaire, avec œdème aigu du tissu cellulaire sous-maxillaire.

—

ble, petit, à 120 ; la peau sèche, aride, brûlante ; la langue sèche, comme grillée. On prescrivit une nouvelle saignée de 3 palettes et une triple application de 20 sangsues au cou.

Dans la journée, la gorge se dégage un peu. Mais le pouls devient irrégulier, intermittent ; les battements du cœur sont tumultueux et les bruits de cet organe sont sourds, étouffés, à peine perceptibles.

A ces signes, M. Chapel, jeune observateur plein de talent, reconnaît la formation de caillots dans le cœur.

Le malade succombe à 6 heures, comme *asphyxié*.

Autopsie cadavérique, 15 heures après la mort. — Visage livide, violacé comme dans l'asphyxie.

Les deux amygdales, d'un volume beaucoup moindre que pendant la vie, sont profondément ulcérées à leur face interne, ramollies et en suppuration ; une injection vive se remarque dans quelques points seulement ; la membrane muqueuse du pharynx est tapissée d'une couche de pus ou de mucus puriforme. Le larynx est libre. — Les cavités droites du cœur sont hermétiquement obstruées par une concrétion fibrineuse analogue à la couenne du sang, enveloppant de toutes parts la valvule tricuspide et se prolongeant au loin dans la veine cave supérieure et inférieure, dans les veines jugulaires et dans l'artère pulmonaire. En réunissant les diverses portions de cette concrétion, on en forme une masse du volume du poing. — Une concrétion semblable, mais moins grosse, existait dans les cavités gauches du cœur, dans l'aorte et les veines pulmonaires*.

* Avant l'ouverture du corps, j'annonçai le diagnostic de M. Chapel, et cette ouverture le confirma de la manière la plus évidente.

CHAPITRE VI.

PARALLÈLE ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR LA MÉTHODE ORDINAIRE DES ÉMISSIONS SANGUINES DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET CEUX OBTENUS PAR LA NOUVELLE FORMULE DES SAIGNÉES COUP SUR COUP.

ARTICLE PREMIER.

Résultats de l'ancienne formule.

Selon M. Louis, le seul observateur qui, jusqu'ici, ait étudié, avec une rigoureuse précision, les effets de la saignée *classique* dans l'érysipèle de la face, cette méthode *n'aurait que fort peu d'influence sur la marche de la maladie qui nous occupe* (1).

« De 33 sujets atteints d'érysipèle de la face, et qui tous étaient dans un état de santé parfaite, au moment où ils furent atteints de cette maladie, 21 furent saignés. La durée moyenne de l'affection fut de 7 jours 1/4 chez l'un d'eux, et de 8 chez les autres; c'est-à-dire, qu'après cette époque, l'érysipèle cessa de s'étendre; que les symptômes locaux, la rougeur, la dureté et l'épaississement de la peau diminuèrent. Il semble donc que, dans les cas dont il s'agit, les émissions sanguines ont abrégé la durée de la maladie de trois quarts de jour (2). »

Après avoir signalé le *faible degré d'utilité* de la saignée générale, et avoir ajouté qu'il *est douteux que les sangsues aient ce faible degré d'utilité* (*Op. cit.*, pag. 25), M. Louis poursuit ainsi.

« On objectera peut-être encore aux conséquences qui me paraissent découler rigoureusement des faits, que les malades atteints d'érysipèle de la face éprouvent assez ordinairement un soulagement réel, ont le visage beaucoup moins rouge, pendant la saignée, ou immédiatement après, qu'avant. Ce soulagement et cette pâleur de la face ont effectivement lieu quelquefois; mais ils sont momentanés, et les sujets qui les éprouvent ne guérissent pas plus rapidement que les autres. De manière que la seule conséquence à tirer de ce fait, c'est qu'il ne faut pas confondre les effets immédiats et les effets thérapeutiques, à proprement parler, des médicaments. »

» D'ailleurs, comme on l'a déjà vu pour la pneumonie, on *s'explique très-bien* comment l'utilité des émissions sanguines dans l'érysipèle de la face a été exagérée, en considérant ce qui eut lieu dans quelques cas où la saignée fut faite à une époque éloignée du début. En effet, chez trois sujets dont la veine fut ouverte au sixième jour de la maladie seulement, il y eut, dès le lendemain, une amélioration remarquable dans tous les symptômes; et cette amélioration fit des progrès rapides. Mais qui ne voit que dans ces cas, l'érysipèle étant voisin de son terme le plus ordinaire, au moment où la saignée fut pratiquée, il n'y a peut-être eu, dans l'amélioration indiquée, qu'une simple coïncidence ? ».

Je suis toujours frappé d'une sorte d'admiration pour le talent d'observation avec lequel M. Louis a su réduire à presque zéro la valeur de l'ancienne formule des émissions sanguines, telle qu'elle fut employée par M. Chomel, dans le service duquel furent recueillis les faits analysés par M. Louis, avec tant d'exactitude et de précision. Aussi me suis-je fait une loi de motiver principalement la réforme à laquelle j'ai soumis la méthode des émissions sanguines, sur les recherches cliniques de M. Louis concernant cette méthode. Certainement, si quelque chose justifie, légitime et *consacre*, pour ainsi dire, cette réforme, ce sont les faits observés et analysés par M. Louis. Je n'y aurais point songé, si moi-même, pendant les longues années que j'ai passées à recueillir des faits dans une foule de services divers, je n'étais arrivé aux mêmes conclusions que M. Louis sur la valeur des émissions sanguines telles que je les voyais employer, et telles que je les ai malheureusement employées pour mon propre compte, pendant un certain temps.

Mais si M. Louis a jugé d'une manière très-juste les effets des émissions sanguines ordinaires, il s'est énormément trompé, j'ose le dire, en généralisant les conclusions qu'il a tirées des cas où elles ont été employées, c'est-à-dire en les appliquant aux émissions sanguines en général, quelle que soit la formule à laquelle on les ait soumises. Ce que j'affirme ici, comme je l'ai fait à l'occasion des maladies dont il a été question dans les précédents chapitres, c'est que les conclusions de M. Louis appliquées aux cas où la formule des émissions sanguines coup sur coup a été mise en usage, sont tellement contraires à l'observation la plus exacte, que M. Louis lui-même ne les défendrait pas un seul moment, s'il avait été témoin des faits qui ont eu lieu dans notre service, et qu'il pourra observer dans le sien quand il le voudra.

Personne que je sache n'a donc publié sur la mortalité de l'érysipèle de la face des documents un peu précis. Sans doute, il est assez rare de voir succomber des individus atteints de cette phlegmasie, traités par les méthodes ordinaires. Cependant, des cas de ce genre se présentent de temps en temps, soit dans la ville, soit dans les hôpitaux. Le plus ordi-

(1) *Recherches sur les effets de la saignée.*

(2) Ceci ne me paraît pas bien clair. En effet, pour savoir si tel a été le résultat de la saignée, il faudrait qu'on eût indiqué la durée de la maladie chez les sujets non saignés. Or, par une omission, d'ailleurs peu importante, il n'est point question de cette durée dans le passage qui vient d'être textuellement rapporté des *recherches* de M. Louis *sur les effets de la saignée.*

nairement alors, la mort arrive à la suite d'accidents inflammatoires du côté des méninges et du cerveau. Il y a environ deux ans, qu'ayant voulu expérimenter l'émétique en lavage, nous faillîmes perdre d'une autre manière un individu chez lequel l'érysipèle s'était présenté sous une forme d'une moyenne gravité. Après deux ou trois jours de l'emploi de ce moyen, nous vîmes survenir tous les symptômes de la fièvre typhoïde (entérite typhoïde) la mieux conditionnée (1), qui retint le malade au lit pendant six semaines environ, et dont nous triomphâmes par la formule indiquée précédemment. C'est là, sans doute, un cas exceptionnel. Toutefois, depuis cette expérience, nous avons pris la ferme résolution de ne point essayer l'émétique en lavage, tant célébré autrefois, dans les cas où l'érysipèle est accompagné d'un mouvement fébrile considérable, ainsi que cela avait lieu chez notre malade.

Les seuls documents positifs que je puisse citer ici sur la mortalité de l'érysipèle sont les suivants (je ne les rapporte que comme exemples de mort produite par cette maladie, et je ne prétends en tirer aucune conclusion générale).

Dans un relevé que M. Rostan a fait insérer dans le numéro 78 du tome IX de la *Lancette française*, 4 érysipèles sont inscrits sur la liste des guérisons, et 2 sont portés sur la liste des morts. Par conséquent, dans ce relevé dont je suis bien loin, je le répète de vouloir généraliser le résultat, la mortalité aurait été de 2 sur 6, c'est-à-dire d'un tiers.

Dans le résumé déjà cité de M. Montault (service de M. Guéneau de Mussy), voici ce qui est relatif à l'érysipèle.

Nombre d'érysipèles. . .	25	à la face	7
		divers	18
			25

Chiffre de la mortalité 3 ou 1 sur 8 à peu près (2).

(1) L'éruption typhoïde fut très-prononcée et il se forma de profondes et larges escharrhes, qui retardèrent la convalescence. Les nombreux témoins de ce fait ne doutèrent pas que la fièvre typhoïde (entérite typhoïde) de ce sujet n'eût été, en grande partie, fabriquée de toutes pièces par l'emploi de l'émétique, et ce cas frappa d'autant plus leur attention qu'à cette époque plusieurs érysipèles avaient été jugulés par les saignées coup sur coup. C'était même pour comparer les effets des évacuants avec ceux des émissions sanguines selon notre formule, que j'avais administré l'émétique à ce malade. Ce que tout le monde pensa, c'est que par notre formule nous aurions prévenu la maladie à laquelle le sujet fut près de succomber, d'autant plus que nous avions choisi ce malade parmi les cas d'une moyenne gravité.

(2) Dans le premier cas de mort, il existait une hypertrophie du cœur (l'érysipèle occupait la face). Dans le second cas, l'érysipèle était phlegmoneux et occupait les membres inférieurs. Dans le troisième cas, l'érysipèle occupait la cuisse et devint gangréneux (il existait une complication de gastro-colite chronique).

ARTICLE II.

Résultats de la nouvelle formule.

Je n'ai pas pour le moment sous les yeux tous les cas d'érysipèle de la face qui ont été reçus dans ma clinique depuis quatre ans. Tout ce que je puis assurer, c'est qu'aucun des malades que nous avons traités n'a succombé.

Depuis le mois d'avril 1834 jusqu'au 20 mars 1836, 53 individus, atteints d'érysipèle de la face, ont été admis dans mon service. Tous ceux chez lesquels la formule des émissions sanguines générales et locales coup sur coup a été employée, ont été guéris avec une facilité et une rapidité étonnantes. Leur nombre est d'une trentaine environ. Ils ont été, comme on le présume bien, choisis parmi les malades les plus gravement atteints : chez tous, le mouvement fébrile était considérable (100 à 120 pulsations, chaleur ardente, sécheresse, aridité de la peau), et chez plusieurs, il existait un état de stupeur très-prononcé avec fétidité de l'haleine, ce qui nous faisait donner l'épithète de *typhoïde* à l'érysipèle dont ils étaient affectés. Plusieurs de ces érysipèles avaient envahi le cuir chevelu et offraient la forme phlegmoneuse (1).

Il est bien entendu que, dans cette phlegmasie comme dans les précédentes, la formule est modifiée selon l'intensité de la maladie, l'âge, la force des sujets, etc. Ainsi, par exemple, dans les cas où l'érysipèle offre une moyenne intensité, une saignée de 3 à 4 palettes et l'application d'une trentaine de

(1) C'est à l'occasion d'une série d'érysipèles de ce genre, que l'auteur d'un article inséré dans la *Lancette française* (n° du 5 juin 1834), a dit : « Tous les jours on lit dans les recueils périodiques des observations d'érysipèles graves, qui n'ont point été guéris par les émissions sanguines : dans ces cas, le traitement n'est en défaut que parce qu'il n'a été manié que par des mains inhabiles ou pusillanimes.

Depuis un mois, la clinique de M. Bouillaud nous a offert un assez grand nombre d'érysipèles de la face, qui tous ont été *jugulés* dans l'espace de deux à trois jours. Au moment où nous écrivons ces lignes, un homme couché au n° 12 de la salle St.-Jean-de-Dieu, entre en convalescence d'un érysipèle de toute la face qui a été jugulé dans l'espace de deux jours. »

Le témoignage de l'auteur de cet article, dont je ne connais pas le nom, est conforme à celui de MM. les docteurs Jules Pelletan, Raciborski, qui ont publié plusieurs cas d'érysipèle *jugulé* par les saignées coup sur coup (voy. la *Lancette française* et le *Journal hebdomadaire*).

sangsues le jour même où je vois les malades pour la première fois, suffisent à la guérison. Dans les cas où l'intensité et la gravité de l'érysipèle sont à leur *maximum*, nous avons été obligés d'enlever de 4 à 5 livres de sang dans les deux ou trois premiers jours. C'est alors surtout que la maladie était réellement *jugulée*. Et qu'on ne s'imagine pas, avec M. Louis, que ces guérisons, en apparence si merveilleuses, tenaient à ce que les émissions sanguines étaient faites vers le déclin de la maladie. Au contraire, la guérison était, en général, d'autant plus rapide que la maladie était plus récente. Par exemple, deux des six érysipèles que nous reçûmes dans les mois de juillet et août 1835, furent d'une telle gravité que 19 à 20 palettes de sang durent être retirées coup sur coup. Hé bien ! l'un des malades, qui fut entièrement guéri (1) le sixième jour après l'entrée, n'avait été pris de son érysipèle que trois jours avant cette entrée, tandis que le second qui ne fut entièrement guéri que le neuvième jour après son entrée, était malade depuis six jours au moment de son admission.

Au reste, je déclare que, dans tous les cas où une phlegmasie telle que l'érysipèle est manifestement sur son déclin, je m'abstiens ordinairement de toute émission sanguine (2), ou du moins des saignées coup sur coup.

Dans plusieurs cas d'érysipèle très-légers, j'ai abandonné la maladie à elle-même, ou bien je l'ai traitée par les évacuants, l'ipécacuanha, les frictions mercurielles (3).

(1) Par ces mots entièrement *guéri*, je veux dire que déjà le malade prenait des aliments. Quant à la cessation de la fièvre et des symptômes locaux, dès le 3e ou 4e jour, elle avait eu lieu. Or, dans des cas aussi graves, si la méthode dont M. Louis a jugé les effets, eût été employée, ou la maladie se serait probablement terminée quelquefois d'une manière funeste, ou du moins la cessation de la fièvre et des symptômes locaux se serait fait attendre jusqu'au 9e ou 12e jour.

(2) Je dis ordinairement et non constamment, car il peut se présenter des indications qui réclament la saignée.

(3) C'est pour l'instruction des élèves que j'emploie quelquefois ces différentes méthodes ; mais je ne le fais que dans les cas où la maladie n'est pas très-grave, car alors c'est à la formule des émissions sanguines que j'ai recours, la seule capable de prévenir *sûrement* une terminaison funeste. J'ai parlé plus haut d'un cas où l'émétique en lavage fut suivi d'une grave entéro-mésentérite (fièvre typhoïde). C'est une leçon qui n'a pas été perdue pour moi ni pour tous ceux qui ont été témoins du fait.

CHAPITRE VII.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES DU PARALLÈLE ENTRE LES EFFETS DE LA MÉTHODE ORDINAIRE DES ÉMISSIONS SANGUINES ET CEUX DE LA NOUVELLE FORMULE DES SAIGNÉES GÉNÉRALES ET LOCALES COUP SUR COUP.

Des 134 faits (1) analysés dans le chapitre premier de ses *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*, M. Louis tire les conclusions suivantes, déjà rapportées ailleurs :

« La saignée n'a eu que peu d'influence sur la marche de la pneumonie, de l'érysipèle de la face et de l'angine gutturale, chez les malades soumis à mon observation ; son influence n'a pas été plus marquée dans les cas où elle a été copieuse et répétée que dans ceux où elle a été unique et peu abondante ; on ne jugule pas les inflammations, comme on se plaît trop souvent à le dire ; dans les cas où il paraît en être autrement, c'est sans doute, ou parce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou parce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de son déclin. »

Des 532 cas (2) résumés dans les précédents chapitres, je crois pouvoir conclure, au contraire, que la « saignée exerce une puissante influence sur la marche de la péripneumonie, de l'érysipèle de la face, de l'angine gutturale, etc.; que son influence tient à la formule que nous avons employée ; qu'on jugule, *dans des cas déterminés*, les inflammations par l'emploi de cette formule ; que, dans les cas où nous disons les avoir jugulées, ce n'a point été une *simple apparence*, due à ce qu'il y a eu erreur de diagnostic, ou à ce que l'émission sanguine a eu lieu à une époque avancée de la maladie, quand celle-ci était voisine de son déclin, attendu que d'une part, nous n'avons apprécié ses effets que dans des cas bien dessinés, et qu'alors, quelque peu d'habileté et d'expérience qu'on veuille bien nous supposer, il nous eût été difficile de commettre une erreur dans le diagnostic d'une angine gut-

(1) 78 cas de pleuro-pneumonie, 33 d'érysipèle de la face et 23 d'angine gutturale.

(2) 152 cas de pleuro-pneumonie, 21 cas de pleurésie, 178 cas d'entéro-mésentérite typhoïde (*fièvre* ou *affection typhoïde*), 101 cas de rhumatisme articulaire aigu, 27 cas d'angine et 53 cas d'érysipèle.

Des cas nombreux de péricardite et d'endocardite se trouvent compris parmi ceux relatifs au rhumatisme articulaire aigu, à la pleurésie et à la pleuro-pneumonie.

Parmi les 532 cas ci-dessus indiqués, il en est quelques-uns où nous avons pu nous dispenser des saignées coup sur coup. Car il est bien entendu, une fois pour toutes, que nous réservons cette formule pour les cas rebelles à l'ancienne méthode.

turale, d'un érysipèle de la face, voire même d'une pleuro-pneumonie, et que, d'autre part, *toutes choses étant d'ailleurs égales*, nous avons jugulé la maladie avec d'autant plus de facilité qu'elle était plus voisine de son début (1). »

Nous nous plaisons à répéter que les conclusions de M. Louis sont vraies, appliquées aux émissions sanguines telles qu'il les a étudiées, mais qu'elles cessent d'être justes hors des limites des faits observés par ce médecin. Nous en appelons aux lumières et à la bonne foi de M. Louis pour ce qui concerne notre formule. Qu'il l'expérimente, et il reconnaîtra forcément que ses bienfaits et sa puissance sont aussi évidents que le peu d'efficacité des émissions sanguines selon la méthode qu'il a appréciée.

M. Louis reconnaîtra que par l'emploi de cette formule dans les maladies inflammatoires qui viennent de nous occuper, dans la pleuro-pneumonie et l'entéro-mésentérite typhoïde spécialement, la mortalité peut être diminuée de moitié au moins. S'il en est réellement ainsi, comme n'en doutent pas tous ceux qui ont été long-temps témoins de l'emploi de cette formule, on peut, chaque année, en France, conserver au pays plusieurs milliers des individus, ordinairement jeunes et vigoureux, que ces deux maladies moissonnent (1).

C'en est donc fait de l'ancienne méthode des émissions sanguines, dans le traitement des grandes phlegmasies aiguës, et la nouvelle formule, susceptible, peut-être, de quelques améliorations, finira nécessairement tôt ou tard par lui être substituée : *voilà mon dernier mot.*

(1) Nous répéterons que nous ne concevons pas qu'il y ait au monde un *observateur* assez peu favorisé du ciel, pour avoir confondu la guérison d'une maladie qui touche à son déclin avec celle de la même maladie à sa première période de développement ou à sa période de complète évolution (période d'*augment* et période d'*état*, pour parler le langage de l'école).

(1) Je désire vivement que cette assertion, trop grave pour que j'ose l'avancer sans l'avoir bien *pesée*, soit enfin soumise à une enquête convenablement organisée.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

Préface. Pag. III

PREMIÈRE PARTIE.

Résumé philosophique des principales époques de la médecine, suivi d'un coup d'œil rapide sur l'histoire des institutions cliniques.

Première section. Esquisse philosophique des progrès de la médecine. 7

Art. I. État de la médecine depuis Hippocrate jusqu'aux Arabes. *ib.*

Art. II. État de la médecine du VIIIe au XVIIe siècle. 9

Art. III. État de la médecine pendant la fin du XVIIe siècle et pendant le XVIIIe. 11

Art. IV. École de Bichat et de Pinel. 15

§ I. École de Bichat. 16

§ II. École de Pinel. 21

§ III. Décadence du système de Pinel. 23

Art. V. État de la médecine depuis Bichat et Pinel jusqu'à nos jours. 29

§ I. École de M. Magendie. *ib.*

§ II. École de M. Broussais. 31

§ III. Découverte de la méthode de l'auscultation par Laënnec. Opposition de cet auteur à la doctrine de M. Broussais. 35

Art. VI. Quelques mots sur l'état de la médecine de nos jours. 38

Art. VII. Réflexions finales sur l'esprit des principales révolutions médicales précédemment exposées. 40

Art. VIII. Quelques considérations sur les lois et les conditions du progrès en général. 41

Seconde section. Coup d'œil sur l'histoire des institutions relatives à l'enseignement clinique de la médecine. 44

DEUXIÈME PARTIE.

Principes de philosophie médicale, ou considérations sur l'art d'observer, d'expérimenter et de raisonner, en médecine.

Chapitre I. Réflexions préliminaires sur les sciences en général et spécialement sur celles dites d'observation. — Du génie particulier de la médecine. 47

Chapitre II. De l'esprit ou du génie d'invention, d'observation, d'expérimentation, de ses agents et de ses méthodes. 50

Page.

Art. I. De l'observation extérieure. 50

Art. II. De l'observation intérieure ou de l'exploration des phénomènes de conscience, de sens intime. — De l'interrogation des malades. 53

Art. III. De la collection des observations ou des histoires particulières des maladies. 54

§ I. Considérations générales. *ib.*

§ II. Formule générale pour la collection des observations. 57

1° Formule de Pinel. *ib.*

2° Formule nouvelle. 58

Première partie. Protocole de l'observation. 59

Deuxième partie. Description de l'état antérieur. *ib.*

Troisième partie. Description de l'état actuel du malade. *ib.*

Quatrième partie. Description du cours de la maladie. 60

Cinquième partie. Description des lésions anatomiques chez les malades qui succombent. *ib.*

Chapitre III. De l'esprit théorique, logique et systématique appliqué aux faits de la médecine. 61

Art. I. Examen critique des opinions de quelques-uns des adversaires des théories et des systèmes en médecine. *ib.*

Art. II. Quelques détails sur les opérations de l'esprit philosophique en médecine. 66

§ I. Discussion de chaque fait en particulier. 67

§ II. Des opérations de l'esprit philosophique sur la collection des faits médicaux. 68

Art. III. Quelques considérations sur l'application du calcul aux faits de la médecine en général. 70

Art. IV. De la démonstration de la vérité en médecine, et du degré de certitude ou de conviction auquel on peut atteindre. 75

Art. V. Source des erreurs en médecine. 82

Art. VI. Dispositions morales favorables ou contraires à la recherche de la vérité. 88

TROISIÈME PARTIE.

Des généralités de la clinique médicale.

Division du sujet. 90

Chapitre I. Généralités sur l'étiologie ou sur les causes pathogéniques, et par suite sur la nature intime et la classification des maladies. 91

Art. I. Des causes des maladies. *ib.*

Page.
Art. II. De la nature intime des maladies et de leur classification. 94
Chapitre ii. Généralités sur l'anatomie pathologique ou sur les signes et les caractères anatomiques des maladies. 95
Art. I. Siége ou localisation des maladies. *ib.*
Art. II. Caractères anatomiques des maladies. 97
Chapitre iii. Généralités sur les symptômes et le diagnostic des maladies. 101
Art. I. Des symptômes en général. *ib.*
§ I. Définition et classification philosophique des symptômes. *ib.*
§ II. Des méthodes à suivre en séméiologie. 102
Art. II. Réflexions générales sur le diagnostic. 103
Chapitre iv. Généralités sur la marche, le cours, la durée, la terminaison, le type des maladies. 106
§ I. Marche ou cours des maladies. *ib.*
§ II. Terminaison, période, durée. *ib.*
§ III. Du type des maladies. 108
Chapitre v. Généralités sur le pronostic et la mortalité dans les maladies. 109
Chapitre vi. Généralités sur la thérapeutique ou le traitement des maladies. 110
Art. I. Idée générale de la thérapeutique. *ib.*
Art. II. De la thérapeutique empirique et de la thérapeutique rationnelle. 113
Art. III. De la force médicatrice de la nature et de la guérison spontanée des maladies, avec ou sans crises. *ib.*
Art. IV. De la thérapeutique expectante ou négative et de la thérapeutique agissante ou positive. Des moyens hygiéniques. 115
Art. V. Des indications et des méthodes de thérapeutique positive ou agissante. De la classification de ces méthodes et de la nécessité de les formuler avec précision. 117
§ I. Des indications thérapeutiques. *ib.*
§ II. Des méthodes thérapeutiques et de leur classification. 118
§ III. De l'importance de formuler avec précision les méthodes thérapeutiques en général et la méthode des émissions sanguines en particulier. 120

QUATRIÈME PARTIE.

Statistique comparée du traitement des principales phlegmasies aiguës, ou parallèle des résultats thérapeutiques de la nouvelle formule des émissions sanguines avec ceux des formules généralement adoptées.
Considérations préliminaires sur la manière dont les faits ont été recueillis. Pag. 126
Chapitre i. Parallèle entre les résultats obtenus par le traitement ordinaire de la pleuro-pneumonie et ceux obtenus par la formule des émissions sanguines coup sur coup. 128
Art. I. Résultats de l'ancienne méthode. *ib.*
Art. II. Résultats de la méthode nouvelle. 131
Chapitre ii. Parallèle entre les résultats obtenus par l'ancienne méthode de traitement de la pleurésie et ceux obtenus par la nouvelle formule des émissions sanguines. 136
Art. I. Résultats de l'ancienne méthode. *ib.*
Art. II. Résultats de la formule des saignées coup sur coup. *ib.*
Chapitre iii. Parallèle entre les résultats obtenus par l'ancienne méthode dans le traitement de la maladie dite fièvre typhoïde (entéro-mésentérite typhoïde) et ceux obtenus par la formule des émissions sanguines coup sur coup. 137
Art. I. Résultats de l'ancienne méthode. *ib.*
Art. II. Résultats de la nouvelle méthode. 139
Chapitre iv. Parallèle entre les résultats obtenus par l'ancienne méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigu et ceux obtenus par la nouvelle formule des émissions sanguines. 145
Art. I. Résultats de l'ancienne méthode. *ib.*
Art. II. Résultats obtenus par la formule des saignées coup sur coup. 146
Chapitre v. Parallèle entre les résultats obtenus par la méthode ordinaire des saignées dans le traitement de l'angine gutturale ou tonsillaire et ceux obtenus par la nouvelle formule des émissions sanguines coup sur coup. 148
Art. I. Résultats de l'ancienne méthode. *ib.*
Art. II. Résultats de la nouvelle formule des émissions sanguines. 149
Chapitre vi. Parallèle entre les résultats obtenus par la méthode ordinaire des émissions sanguines dans le traitement de l'érysipèle de la face et ceux obtenus par la nouvelle formule des saignées coup sur coup. 151
Art. I. Résultats de l'ancienne formule. *ib.*
Art. II. Résultats de la nouvelle formule. 152
Chapitre vii. Conclusions générales du parallèle entre les effets de la méthode ordinaire des émissions sanguines et ceux de la nouvelle formule des émissions sanguines coup sur coup. 153

FIN DE LA TABLE.

MONOGRAPHIE COMPLÈTE

SUR LES

MALADIES DU FOIE;

PAR A. BONNET,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX, DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS, ETC., ETC.

OUVRAGE QUI A OBTENU UNE MÉDAILLE D'OR A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

PRÉFACE.

Quelques observations très-remarquables d'hépatite, que j'ai recueillies dans ma pratique, avaient appelé depuis long-temps mon attention sur les maladies de l'appareil biliaire, j'avais même inséré déjà dans le *Journal médical de la Gironde* un mémoire sur l'irritation hépatique, lorsque la Société médicale d'émulation proposa pour prix l'*Histoire de l'inflammation aiguë et chronique du foie.* Cette circonstance excita mon zèle : je me décidai à me mettre sur les rangs, et à m'occuper sérieusement d'un point de pathologie que je n'avais envisagé jusque alors que d'une manière très-superficielle. Le manuscrit que j'envoyai au concours mérita les suffrages de la Société médicale. Cette compagnie savante me déeerna à cette occasion une médaille d'or de 200 francs et le titre de correspondant. Un succès aussi flatteur m'a inspiré le désir de livrer à l'impression le travail qui me l'a procuré ; mais, avant d'en venir là, j'ai senti qu'il était indispensable de donner plus d'extension à ce travail, de remplir des lacunes que j'y avais laissées, et de lui faire éprouver de nombreuses corrections. Ce n'est pas tout : comme certaines lésions hépatiques ne sont pas de nature irritative, et que d'autres, bien que dépendant souvent d'une surexcitation morbide, n'en proviennent pas toujours, j'ai cru devoir également tracer l'histoire de ces divers états pathologiques, en sorte que ce n'est pas une monographie exclusivement consacrée aux maladies sthéniques du foie, mais un traité complet des affections de ce viscère, que je publie aujourd'hui.

Je ne parlerai pas ici des motifs qui m'ont engagé à donner le titre d'*Irritation hépatique* au principal article de cet ouvrage, parce que les considérations qui précèdent cet article rendent toute ma pensée à cet égard. Mais je ferai remarquer que la méthode que j'ai suivie dans l'étude des phénomènes d'irritation que le foie est susceptible d'offrir lorsqu'il se trouve soumis à l'action d'un stimulant est absolument neuve, et m'a conduit aux résultats les plus satisfaisants. Non-seulement j'ai appris à distinguer les signes qui caractérisent l'irritation hépatique quand elle ne s'élève pas au degré de la phlogose, ou qu'elle ne constitue encore qu'une phlegmasie très-légère, mais j'ai prouvé que l'hépatite des auteurs est une affection complexe, qui consiste dans l'inflammation simultanée de la membrane muqueuse gastro-intestinale, du foie et du péritoine sus-hépatique, et j'ai déterminé quels sont parmi les symptômes que les malades présentent en pareille occurrence ceux que l'irritation de chacun de ces trois organes occasione directement.

Dans mon opinion, les désordres de l'appareil biliaire, que les anciens nommaient *obstructions*, n'étant qu'un produit de l'irritation hépatique, j'ai dû nécessairement les mettre au nombre des terminaisons ou des caractères anatomiques de cette dernière, et non les ériger en entités morbides particulières, comme l'ont fait les auteurs modernes qui s'en sont occupés. D'un autre côté, si je me suis borné, pour ainsi dire, à les énoncer, c'est qu'il m'a semblé parfaitement inutile de décrire minutieusement des états du foie dont l'existence n'est jamais bien prouvée qu'après la mort, et qui, fussent-ils plus faciles à reconnaître, n'en seraient pas moins au-dessus des ressources de l'art.

On ne saurait, certes, refuser à M. Broussais le mérite d'avoir le premier émis des idées vraiment philosophiques sur l'étiologie de l'hépatite ; mais ce médecin célèbre n'a pas, si j'ose m'exprimer ainsi, découvert toute la vérité, car il n'a établi ni laissé entrevoir nulle part dans ses écrits que l'hépatite non traumatique peut provenir d'une péritonite, et cependant il est constant que cela arrive assez fréquemment. La théorie que je propose sur les causes de l'inflammation du foie est

donc préférable à la sienne; je crois pouvoir avancer en outre que, de toutes celles qui ont eu pour objet le même point de doctrine, il n'en est aucune qui ait reçu plus de développement, qui ait été exposée avec plus de soin, et qui repose sur des données plus positives.

Je n'entrerai pas dans de plus longs détails sur cet article. Ce que je viens de dire suffit pour en indiquer la distribution, et faire connaître la manière dont j'y considère l'irritation hépatique. Quant à ceux qui suivent, ils sont loin sans doute d'offrir autant d'intérêt; mais tous ont une étendue convenable, plusieurs sont entièrement neufs, et, si je ne me trompe, j'ai réussi à jeter quelques lumières sur la plupart des sujets qu'on y traite.

ST. MARY'S HOSPITAL RADFORD LIBRARY MANCHESTER.

TRAITÉ

SUR LES

MALADIES DU FOIE.

IRRITATION DU FOIE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Quoique le foie soit sans contredit l'un des organes de l'économie qui deviennent le plus souvent malades, il n'en est pas un, selon moi, dont les affections soient moins connues. Ce n'est pas qu'on n'ait eu occasion d'observer sur le cadavre la plupart des lésions de structure que ce viscère est susceptible d'offrir; mais ce qui nous manque, ce sont les moyens d'en constater l'existence pendant la vie. A quels signes certains, je le demande, reconnaîtra-t-on, avant la mort, l'atrophie du foie, les collections sanguine, aqueuse ou séreuse dont il est quelquefois le siége? Qui pourra préciser les cas où son tissu dégénéré s'est transformé en l'une de ces productions organiques que Laennec nomme *cyrrhoses, mélanoses, encéphaloïdes*, etc.? Mais si, au lieu de nous arrêter à des états morbides, qui, quoi qu'on en dise, sont tous consécutifs, nous jetons un coup d'œil sur l'une des altérations les plus communes de l'appareil biliaire, l'*hépatite*, nous verrons que rien n'est plus confus, plus incomplet, que ce que les auteurs nous ont transmis à ce sujet. Une chose surtout à laquelle personne ne paraît avoir réfléchi, c'est que les symptômes qu'on a regardés jusqu'ici comme caractéristiques de cette phlegmasie n'en expriment qu'un degré, et qu'on n'est pas en droit de conclure de l'absence de ces symptômes que le foie n'est pas affecté. S'il est vrai, en effet, qu'une inflammation quelconque a ses périodes d'augment, d'état et de déclin, ou, en d'autres termes, a des degrés différents, celle du parenchyme hépatique doit nécessairement en avoir aussi, sans quoi il faudrait qu'on admît que cette espèce de phlogose est dès son origine aussi considérable que lorsque nous pouvons par nos sens acquérir la certitude de son existence, ce qui serait avancer un véritable paradoxe. Il y a donc un époque, dans la marche de l'hépatite, où cette maladie est légère et développe peu de sympathies. Or c'est cette époque à laquelle manquent les symptômes dont je viens de parler, et que, pour cette raison, les auteurs n'ont pas su distinguer. Le plus grand nombre ont pensé que le foie alors était sain, et que les désordres morbides provenaient de ce qu'on appelait jadis une fièvre essentielle. Que d'erreurs cette manière de voir n'a-t-elle pas fait commettre! combien de cas d'obstructions du foie n'auraient pas été observés, si, mieux instruit sur les causes, la nature et les signes des affections de ce viscère, le médecin avait pu les reconnaître dès le principe!

Une autre chose que je crois devoir signaler, c'est que, l'action organique d'un tissu pouvant être portée au-delà du type normal sans que la fonction de ce tissu en soit troublée, et sans que par conséquent il y ait inflammation, on ne saurait s'empêcher d'admettre que l'irritation du foie peut exister à un degré où elle ne constitue pas encore une phlegmasie (1); elle ne tarde pas, en général, si l'on veut, à faire des progrès, mais elle peut aussi persister indéfiniment dans cet état, ou ne revêtir la forme inflammatoire qu'au bout d'un temps assez long.

Il résulte donc de ce qui précède que les auteurs n'ont décrit qu'une période avancée de l'hépatite, qu'ils ont méconnu cette phlegmasie toutes les fois qu'elle était moins prononcée, et qu'à plus forte

(1) Toutes les fois que l'augmentation organique de l'action ne dépasse pas certaines limites et qu'elle est compatible avec la santé, les médecins physiologistes pensent que cet état ne constitue pas une phlegmasie, et le désignent sous le nom d'*excitation;* mais, qu'on se serve de ce mot ou d'un autre pour le distinguer, il n'en est pas moins vrai qu'il appartient à l'irritation; c'est le phénomène le plus reculé que celle-ci puisse offrir. Voilà pourquoi je ne balance pas à établir que l'irritation du foie peut exister et ne pas présenter la forme inflammatoire.

raison ils n'ont pas su distinguer les cas où l'irritation hépatique ne s'élève pas au degré de l'inflammation.

Ces considérations m'ont déterminé à me tracer une marche nouvelle : j'ai pensé que, pour arriver à des résultats plus positifs que mes devanciers, il fallait étudier successivement tous les phénomènes d'irritation que le foie est susceptible d'offrir lorsqu'il se trouve soumis à l'action d'un stimulant. En d'autres termes, j'ai pensé que le moyen le plus sûr de parvenir à bien connaître l'hépatite était de prendre l'irritation du foie à son début, de la suivre dans ses progrès, d'en décrire toutes les nuances, toutes les phases.

Pour procéder avec ordre, je diviserai cette monographie en cinq articles principaux : le premier traitera des signes de l'irritation du foie, le second de ses terminaisons, le troisième de ses causes, le quatrième de son pronostic, le cinquième de son traitement.

SÉMÉIOLOGIE.

Premier degré de l'irritation hépatique. Je me sers de cette expression pour désigner les deux nuances les plus légères de l'irritation du foie : dans l'une, l'augmentation de l'action organique n'est pas assez considérable pour qu'il y ait inflammation ; dans l'autre, ce dernier fait a lieu, mais la congestion morbide qui en résulte est si peu intense qu'elle ne présente aucun des caractères distinctifs de l'hépatite.

On sent aisément que les signes qui, dans ces deux cas, indiquent que le foie est surexcité, ne doivent être ni nombreux, ni faciles à déterminer ; mais quelque difficulté qu'il semble y avoir alors à reconnaître l'irritation hépatique, je ne crains pas d'avancer qu'il est toujours possible d'y parvenir. Si l'on réfléchit, en effet, que l'accroissement de la fonction d'un organe annonce constamment que la somme de vitalité dont il jouit est plus forte que dans l'état normal, il ne répugnera nullement d'admettre qu'une sécrétion de bile plus abondante que de coutume dénote que le foie est atteint d'irritation. Ce raisonnement me paraît sans réplique. Lorsque vous produisez la salivation chez un malade, vous convenez que ce phénomène n'a lieu que parce que les glandes buccales ont été soumises à l'action d'un stimulant, et qu'elles se trouvent dans un état d'irritation. Eh bien ! ce qui est vrai pour ce cas doit l'être pour celui qui nous occupe. Chaque fois donc qu'on rencontrera chez un individu quelques-uns des symptômes qu'on appelle bilieux (amertume de la bouche, enduit jaune de la langue, vomissements de matières d'un jaune verdâtre et amères, coloration en jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez, ainsi que de la conjonctive, etc.), on pourra hardiment déclarer qu'il y a, pour le moins, chez lui, une lésion du foie. Que si l'on m'objecte que sans doute on ne saurait me refuser que l'augmentation de l'action sécrétoire d'un organe prouve évidemment que la vie est en plus dans les tissus qui le composent, mais qu'il est démontré que l'irritation, loin d'avoir toujours pour effet un flux plus abondant de l'humeur que sépare la partie où elle a son siége, détermine quelquefois la suspension de cette sécrétion ou l'expulsion de son produit, je répliquerai que ce fait n'a lieu, pour les glandes, que lorsque l'irritation dont elles sont atteintes a revêtu la forme de la phlegmasie, et que même cette dernière est portée à un assez haut degré d'intensité. Pour qu'un organe tel que le foie cesse de sécréter, il ne suffit pas qu'il soit enflammé, il faut encore que son inflammation soit forte.

La véritable difficulté qui se présente ici, c'est de distinguer l'une de l'autre ces deux nuances de l'irritation du foie. Mais si je suis forcé de convenir qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de tracer entre elles une ligne de démarcation bien tranchée, vu qu'elles ne s'annoncent à l'extérieur que par les mêmes phénomènes, je pense, cependant, qu'on peut jeter quelques lumières sur cette question ; et si les raisonnements dans lesquels je vais entrer n'équivalent pas à des preuves positives, ils sont du moins très-admissibles en bonne physiologie.

L'irritation hépatique pourra être considérée comme n'ayant pas revêtu la forme inflammatoire toutes les fois qu'elle sera récente, et que l'hypocondre droit ne sera ni tendu ni douloureux au toucher. Supposons qu'un homme en parfaite santé prenne une assez forte dose d'émétique : si les vomissements sont violents et se répètent souvent, les derniers entraîneront infailliblement l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de bile. Eh bien ! ce fait n'aura lieu que parce que la souffrance de la membrane muqueuse digestive aura occasioné sympathiquement une irritation du foie, et si les accidents se bornent là, cette irritation ne devra pas être regardée comme ayant été portée au degré de la phlegmasie.

Lorsqu'un individu est atteint de ce que les auteurs ont nommé *turgescence de la bile*, *état bilieux*, *embarras gastrique bilieux*, si cette maladie, qui n'est à mes yeux qu'une lésion gastro-hépatique, ne dure que depuis très-peu de temps, il n'y aura du côté du foie qu'une exaltation légère de la vitalité de ce viscère. Si, au contraire, elle est ancienne, ou que l'hypocondre droit soit douloureux à la pression, on sera en droit de penser que l'irritation hépatique a passé à l'état d'inflammation. Ce que je viens de dire pour l'embarras gastrique est applicable en tout à la fièvre bilieuse. Seulement, dans ce cas, l'irritation hépatique constitue plus

souvent une phlegmasie, et parcourt une marche aiguë, comme l'affection gastro-duodénale dont elle est le résultat.

On ne saurait disconvenir, certes, que le choléra-morbus et la fièvre jaune ne soient, pour le moins, compliqués d'une lésion de l'appareil biliaire. La plupart des médecins qui ont habité les Indes orientales et les Antilles prétendent cependant qu'il arrive assez fréquemment qu'on ne trouve aucune altération remarquable dans le foie à la suite de ces maladies. Or, si, comme je n'en doute pas, ce fait est vrai, on ne peut s'en rendre raison qu'en admettant que l'irritation hépatique n'a pas été accompagnée alors d'un afflux d'humeur assez considérable pour donner lieu à une véritable inflammation. Cette explication me paraît extrêmement plausible. Si l'on réfléchit, en effet, à la marche rapide que prennent ordinairement le choléra et le typhus ictérodes, il ne répugnera nullement de poser en principe que ces affections peuvent quelquefois occasioner la mort avant que l'organe qui sécrète la bile ait eu le temps de devenir le siége d'une congestion morbide. Ainsi donc, lorsque l'un de ces états pathologiques n'aura duré que quelques heures, un jour, on sera fondé à présumer que l'irritation n'a pas été portée dans le foie au degré de la phlegmasie; dans tous les autres cas, ce viscère devra être considéré comme ayant été enflammé.

Telle est, à mon avis, la seule ligne de démarcation qu'il soit possible d'établir entre les deux nuances qui nous occupent. L'irritation hépatique est-elle très-légère, les accidents se bornent à l'accroissement pur et simple de la fonction de l'organe qui en est le siége. Fait-elle des progrès, parvient-elle à un certain degré d'intensité, si elle dépend d'une de ces affections graves qui se déclarent dans les pays chauds, la mort peut survenir avant que l'irritation ait eu le temps de déterminer une congestion morbide, par conséquent avant qu'elle ait pu constituer une phlegmasie; dans toutes les autres circonstances il y a réellement inflammation, et l'on en trouve des traces à l'ouverture du cadavre.

Cette distinction, au reste, n'offre pas une grande importance sous le rapport de la pratique : car, en supposant qu'elle fût mieux déterminée, le traitement n'en recevrait, pour ainsi dire, aucune heureuse modification. L'essentiel est qu'on sache que les symptômes qu'on appelle *bilieux* annoncent toujours que le foie est atteint d'irritation. Le médecin qui sera bien pénétré de cette vérité ne verra plus qu'un être abstrait, ou qu'une affection *gastrique*, *gastro-cérébrale*, etc., dans l'embarras gastrique, la fièvre bilieuse, la fièvre jaune, etc. Il tournera ses regards vers l'appareil biliaire; il évitera, en un mot, une foule d'erreurs dont la lecture des meilleurs auteurs ne saurait le garantir.

Il n'a été question encore, dans cet ouvrage, que du premier degré de l'irritation hépatique, c'est-à-dire des cas où l'on a méconnu cette irritation, parce qu'on n'a cru jusqu'ici à son existence que lorsqu'elle présentait les caractères distinctifs de l'hépatite. Je vais maintenant m'occuper de cette dernière.

HÉPATITE AIGUE.

La plupart des médecins qui ont écrit sur les maladies du foie posent en principe que l'hépatite aiguë peut occasioner les symptômes suivants : tension de l'hypocondre droit, sensibilité à la pression; douleur tantôt sourde, profonde, répondant ordinairement à la région hypocondriaque droite, mais ayant son siége quelquefois dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche, et s'accompagnant d'un sentiment d'angoisse, de plénitude, de suffocation bientôt aiguë, pongitive, lancinante, analogue à celle de la plèvre enflammée, et s'étendant, dans certains cas, des côtes asternales droites à la clavicule et au bras du même côté; augmentation de volume du foie; décubitus difficile, souvent impossible, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre; dyspnée; respiration grande à gauche, petite à droite et point abdominale; toux sèche, hoquet, nausées, vomissements, soif intense, amertume de la bouche; langue rouge sur ses bords, et couverte, dans son milieu, d'un enduit jaune et verdâtre; le plus communément, teinte jaunâtre des yeux ou de la peau, constipation, selles blanches; ou bien, sécrétion de bile plus abondante, plus âcre que dans l'état normal; urine jaune, rare, ayant l'apparence de l'huile, déposant un sédiment briqueté; peau sèche et brûlante; enfin pouls fréquent, très-souvent dur, dans quelques circonstances pourtant inégal et même intermittent.

Tels sont les principaux phénomènes qu'on a regardés jusqu'ici comme pouvant survenir à la suite de l'inflammation aiguë du foie : je dis comme pouvant survenir, car on ne les rencontre jamais tous, même dans les cas les plus graves. Ces divers phénomènes dépendent-ils de la phlegmasie seule du parenchyme hépatique, ainsi que l'admettent les pathologistes? Je ne le pense pas; je vais prouver, au contraire, de la manière la plus péremptoire, que lorsqu'un individu présente la plupart des signes qui se trouvent compris dans le groupe de symptômes que je viens de décrire, la maladie dont il est atteint consiste dans l'irritation simultanée du tube digestif, du foie et du péritoine, ou, en d'autres termes, constitue une *gastro-hépato-péritonite*.

OBSERVATION N° 1.

Deux militaires d'un régiment auquel j'ai été at-

taché jusqu'à l'époque de son licenciement (l'ex-12e chasseurs à cheval) s'étant battus en duel avec des fleurets dont on avait préalablement aiguisé la pointe, l'un d'eux fut blessé très-grièvement (1). Appelé deux ou trois heures après l'accident, il ne se présenta à mon observation qu'une plaie qui, située entre la troisième et la quatrième côtes asternales droites, en comptant de bas en haut, avait tout au plus trois ou quatre lignes d'étendue. Mais les assistants m'ayant assuré que la lame du fleuret était entrée dans le corps de la longueur au moins de quatre ou cinq pouces, et les renseignements qu'ils me donnaient tant sur la position du malade pendant le combat que sur la manière dont il avait été frappé ne me permettant pas de douter que la direction du coup ne fût légèrement oblique de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas, je ne balançai pas à établir que la blessure était pénétrante, et que l'instrument, après avoir traversé les téguments, les muscles intercostaux et le diaphragme, avait plongé dans l'intérieur du foie. Ce diagnostic se trouvait confirmé en partie par les symptômes qui étaient survenus déjà, tels que des angoisses inexprimables, une grande difficulté de respirer, une douleur que chaque mouvement d'inspiration rendait plus vive, et qui avait son siége dans la région diaphragmatique. On verra par la suite qu'il était fondé dans tous ses points.

La plaie fut pansée sur-le-champ avec de la charpie sèche, des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée et un bandage de corps. Immédiatement après, je pratiquai une forte saignée du bras; je prescrivis de plus une diète sévère, et la décoction de chiendent pour tisane. Le lendemain, l'hypocondre était tendu et très-douloureux au toucher; la respiration ne se faisait plus à droite que par le moyen des côtes; le pouls était fréquent, dur et plein. (Nouvelle saignée du bras; on substitua aux compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée un cataplasme de farine de graine de lin.) Le troisième jour, le gonflement de l'hypocondre avait augmenté; la douleur s'étendait à tout le côté de la poitrine et à l'épaule; il y avait en outre plusieurs symptômes qui ne s'étaient pas encore manifestés : la bouche était devenue amère, la langue jaune; le malade éprouvait des envies de vomir. Ces derniers phénomènes m'empêchèrent de réitérer la saignée, mais on continua le reste de la prescription de la veille; j'ordonnai de plus un lavement émollient pour remédier à la constipation qui durait depuis le commencement des accidents. Le quatrième jour, l'état de la blessure ne s'était pas amélioré; des vomissements bilieux se déclarèrent vers les huit heures du matin. (Boisson émétisée qui procura plusieurs selles dans la journée.) Le cinquième, céphalalgie intense; langue sèche, brune, fendillée; soif considérable, ventre tendu; pouls petit, fréquent et serré. (Eau d'orge avec le sirop de vinaigre, cataplasme, lavement, diète.) Le sixième, la plaie suppurait, mais la matière ne paraissait pas venir de l'intérieur; du reste, les douleurs n'en étaient pas moindres, et les désordres fébriles généraux avaient pris un caractère de gravité plus marqué. Le septième, visage abattu, yeux ternes et larmoyants, langue couverte de croûtes noirâtres, délire vers le soir. (Eau vineuse, potion excitante (1), cataplasme, etc.) Le huitième, prostration extrême, altération des traits de la face plus prononcée, pouls précipité, délire presque continuel. (Prescription *ut suprà*, de plus un vésicatoire à chaque jambe.) Le neuvième, même état et mêmes agents thérapeutiques. Le dixième, accroissement de la plupart des symptômes. (On remplaça l'eau vineuse par la décoction de quinquina, potion excitante, julep camphré, vésicatoires aux cuisses.) Le onzième, face inanimée, froid des extrémités, pouls intermittent, carphologie, mussitation. (Vésicatoire à la nuque.) Le douzième, mort à dix heures du matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les vaisseaux du cerveau fortement injectés; les ventricules latéraux étaient pleins de sérosité. Le poumon gauche ne présentait rien de particulier; l'autre, au contraire, était dur, comme hépatisé à son extrémité inférieure; la plèvre sus-diaphragmatique était recouverte d'une couche gélatineuse, épaisse de deux ou trois lignes; il y avait de plus, dans ce côté de la poitrine, une grande quantité d'un liquide roussâtre et inodore. Lorsque le foie eut été mis à nu, je pus m'assurer que la lame du fleuret avait réellement suivi le trajet que j'ai décrit plus haut. On observait, en effet, à la partie supérieure et terne de la face convexe, une ouverture qui correspondait à celle qui était dans l'espace qui séparait la troisième et la quatrième fausses côtes. Ce viscère était d'un volume énorme et d'un rouge très-foncé; sa substance ayant été incisée, on découvrit un abcès très-considérable dans l'intérieur du grand lobe. La portion du péritoine qui recouvre le foie et celle qui s'étend sur le diaphragme adhéraient ensemble dans plusieurs points de leurs surfaces. Le diaphragme était très-rouge, surtout aux environs de la blessure. L'estomac et le duodénum étaient rouges également; quant au reste du tube alimentaire, il n'offrait aucune particularité qui fût digne d'être notée.

Il y avait, sans doute, plus qu'une hépatite chez le malade dont il s'agit ici, puisque l'autopsie ca-

(1) C'était le 6 mai 1815. Nous étions alors cantonnés au *Cateau Cambresis*, département du Nord.

(1) Cette potion était composée ainsi qu'il suit :

Prenez :	Ammoniac,	18 grains.
	Infusion d'arnica,	3 onces.
	Sirop d'absinthe,	1 once.

davérique prouva que l'encéphale, la base du poumon, la plèvre, le diaphragme, le péritoine, l'estomac et le duodénum avaient été enflammés en même temps que le foie. Mais si, après avoir réuni dans un seul cadre tous les phénomènes qui survinrent durant le cours de cette affection, on élimine de ce cadre ceux qui dépendaient de la souffrance du cerveau, et ceux qui se développèrent dès le premier jour, et qui dénotaient une lésion du diaphragme, il ne restera plus que des signes qu'on ne pourra s'empêcher de rapporter à la coexistence de l'inflammation du foie avec celle du canal alimentaire et du péritoine (1). Or ces signes se retrouvent tous dans le groupe de symptômes qui fait le sujet de cette discussion, et le constituent même presque en entier : donc ce groupe exprime un état morbide qui consiste dans l'irritation simultanée du péritoine, du parenchyme hépatique et de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Cette observation, certainement, est on ne peut plus concluante, et je n'en citerais pas d'autre que mon opinion serait démontrée. Mais je suis bien aise de m'étayer encore d'un fait extrêmement remarquable et dont on ne saurait révoquer en doute l'authenticité, puisqu'il a été recueilli par l'un des écrivains les plus distingués de notre époque.

OBSERVATION N° 2.

Un garçon tapissier du sieur Proquès, rue du Cimetière-Saint-André-des-Arcs, est saisi, dans le mois de décembre de l'hiver 1781, d'une douleur gravative violente dans la région épigastrique, avec une difficulté de respirer qui n'est pas extrême, mais qui est constante, soit que le malade soit couché, soit qu'il soit debout; cependant, la plus légère compression augmente la douleur épigastrique, le pouls est serré et fréquent, le malade a le teint un peu jaune, et les urines plus rouges que dans l'état naturel.

Un chirurgien appelé ne doute pas que la douleur gravative ne soit l'indice d'un embarras saburral, d'autant plus que la langue est chargée, limoneuse. Il conseille deux grains de tartre stibié dans un verre d'eau tiède. Le malade vomit deux ou trois fois une matière jaunâtre; mais la douleur dans la région épigastrique n'est point diminuée; elle devient, au contraire, plus forte, plus intense et plus étendue dans l'hypocondre droit, le pouls est plus serré et plus fréquent. Un second vomitif est prescrit le lendemain avec addition d'un gros de sel végétal dans le même verre d'eau. Des évacuations encore jaunâtres ont lieu et par haut et par bas; mais la douleur dans la région épigastrique et la jaunisse sont plus intenses, et les urines plus rouges et peu abondantes; le pouls est très-serré et de plus en plus fréquent; la respiration est plus difficile avec oppression à la poitrine. Un large vésicatoire est apposé à la partie antérieure et inférieure de cette cavité; et, comme on croit que la maladie est l'effet d'une transpiration arrêtée, on ne croit pouvoir mieux faire, pour la guérir, que de prescrire l'infusion de bourrache, de sureau, un looch blanc avec trois grains de kermès minéral, deux gros d'oxymel scillitique, etc. Les progrès de la maladie sont rapides; la douleur de la poitrine et de l'hypocondre droit est considérablement augmentée; la couleur du visage est d'un rouge intense, surtout du côté droit, quoique les yeux aient une teinte jaunâtre, et que le reste de la peau soit jaune, surtout à la partie antérieure de la poitrine, à la paume de la main et à la plante des pieds. La langue est d'un rouge vif à la pointe et dans ses bords, limoneuse le long de la ligne médiane, mais sèche et peu persillée, tremblante, et les urines sont rouges comme du sang. Le malade ne pouvait respirer que lorsqu'il était presque assis sur son séant dans un fauteuil. Tel était son état lorsque je fus appelé: c'était le sixième jour de sa maladie. Je portai le pronostic le plus fâcheux, annonçant que tout indiquait une forte inflammation du foie, qui s'était étendue dans le poumon; je dis qu'il eût déjà fallu saigner le malade au bras, et peut-être plusieurs fois. Cependant, ayant considéré que le malade n'avait pas encore éprouvé de frissons qui indiquassent un commencement de suppuration, je le fis saigner, n'ayant pas de meilleur remède à prescrire, sans cependant en attendre un succès complet. On tira trois petites palettes de sang, dont le coagulum fut extrêmement dense, presque sans sérosité, et celle qu'il y avait était très-jaune. Le pouls parut un peu moins dur et plus développé. Une seconde saignée est prescrite, et ensuite les vésicatoires aux jambes, mais sans amendement dans la maladie. Il survient une petite toux sèche, fréquente; le malade a besoin de nouveaux oreillers pour tenir son dos et sa tête relevés. Les urines sont de plus en plus rares et rouges; les lavements émollients ne procurent pas de selles. Les boissons adoucissantes et les légers béchiques anodyns sont prescrits, mais sans succès. Le malade se tient un peu levé sur son lit, légèrement incliné sur le côté droit. La région épigastrique et

(1) Comme le poumon présentait également des traces d'irritation, il semblerait au premier abord que je ne suis pas fondé à attribuer exclusivement tous les phénomènes restants à l'inflammation du péritoine, du foie et du tube digestif. Mais je ferai observer que les signes de la péripneumonie qui se développa dans ce cas ne purent devenir apparents, parce que cette phlegmasie, n'ayant pas été portée à un très-haut degré d'intensité, se trouva masquée par la gastro-hépato-péritonite, qui fut incontestablement ici l'affection principale.

l'hypocondre droit étaient sensiblement gonflés et un peu douloureux au toucher. Il survient des redoublements dans la fièvre, de la toux, des frissons et des douleurs vives de l'hypocondre droit et de la poitrine du même côté, douleurs qui s'étendaient jusqu'à l'épaule et au bras droit. Le pouls se ramollit, se relâche ; la tête se trouble, le malade divague ; il y a des mouvements convulsifs des muscles des lèvres, et même du nez ; les mains sont gonflées, surtout la droite ; le pouls est faible, intermittent ; des faiblesses, des syncopes surviennent, et le malade meurt le onzième jour de la maladie.

Je désirai que l'ouverture du corps fût faite, et elle le fut en effet vingt-quatre heures après la mort, en présence de M. Robin, chirurgien, par son élève, qui avait presque seul traité le malade. Voici ce qu'on trouva : 1° l'abdomen très-ballonné, gonflé d'air, qui répandit une odeur très-fétide dès que le bas-ventre fut ouvert : il y avait dans cette cavité environ deux pintes d'une eau jaunâtre, chargée de filaments blanchâtres.

Le foie était d'un très-grand volume, principalement le lobe horizontal ou gauche, qui paraissait avoir pris un accroissement proportionnellement plus grand que le reste de ce viscère ; la substance du foie était inégalement endurcie ; le lobe droit ou le grand lobe n'était pas aussi dense que le lobe gauche ; le petit lobe était plus mou, et contenait un abcès dont une partie du pus paraissait être cachée dans la cavité de l'épiploon. La face externe du foie, dans les parties endurcies, était d'une couleur moins foncée que dans les parties ramollies, ou qui n'avaient pas acquis un surcroît de dureté ; l'intérieur du foie était généralement plus rouge et ramolli dans quelques endroits, et plus durci dans d'autres, comme tuberculeux ; il y avait dans sa convexité, dans le lieu qui est ceint par le ligament coronaire, un ramollissement plus remarquable. Une incision y ayant été faite, il s'en écoula environ trois cuillerées d'une humeur rougeâtre purulente qui provenait d'un foyer plus profond, lequel était plein d'un pus épais et de couleur de la lie de vin. Ce foyer eût pu contenir un œuf de pigeon ; il aboutissait par quelques sinuosités à d'autres petits foyers également pleins de pus.

La membrane péritonéale qui revêt le foie, ainsi que la membrane qui est propre à ce viscère, étaient épaissies en divers endroits, et très-adhérentes entre elles ; il y avait aussi, moyennant ces membranes, des adhérences du foie avec le bord supérieur et avec la partie supérieure de la face antérieure de l'estomac. Le foie était aussi très-adhérent au diaphragme ; la vésicule du fiel était rétrécie, et contenait une bile noire. Ces membranes étaient très-épaisses, et avaient acquis de la densité ; leurs adhérences avec la partie du colon qui y est contiguë étaient très-intimes ; le colon même paraissait, en cet endroit, un peu rétréci, et teint d'une couleur noircie par la bile qui avait transsudé de la paroi de la vésicule du fiel.

Le rein droit parut plus volumineux que le gauche, et d'une couleur plus foncée, comme s'il eût été légèrement enflammé. La cavité de l'estomac était un peu rétrécie, et la partie qui était unie au foie par les adhérences des pseudo-ligaments paraissait atteinte d'une légère inflammation, surtout dans la face interne, qui était noire, et de laquelle s'écoulait un sang noirâtre.

2° Il y avait dans la cavité droite de la poitrine beaucoup d'eau jaunâtre et contenant des flocons albumineux : on peut l'évaluer à la quantité d'une pinte et demie. Il y avait aussi dans la cavité gauche un épanchement d'eau de même nature, mais en moindre quantité, ainsi que dans celle du péricarde. La substance du poumon droit était généralement endurcie, surtout dans le lobe inférieur de ce viscère, dans l'endroit où la membrane qui le revêt touche à la plèvre diaphragmatique, à laquelle elle était aussi très-adhérente ; celle-ci adhérait à son tour au diaphragme, dans l'endroit, principalement, qui correspondait à l'espace de ce grand muscle entouré par le ligament coronaire : il résultait du tout une concrétion comme cartilagineuse. Le reste de la face externe des poumons était attaché à la plèvre costale droite par des concrétions pseudo-ligamenteuses et pseudo-membraneuses, laissant des intervalles qui étaient remplis de matières de diverse nature. Le volume des lobes des poumons paraissait diminué ; la substance en était un peu endurcie et rouge ; les vaisseaux contenaient beaucoup de sang ; le cœur paraissait dans l'état normal par son volume et par sa substance ; il contenait, surtout du côté droit, du sang noir et très-concret, comme il en contient si souvent.

3° Il y avait dans la cavité du crâne, entre la dure-mère et la membrane arachnoïde, de la sérosité jaunâtre épanchée, et les substances du cerveau, principalement la médullaire, étaient généralement endurcies (1).

Dans cette observation, comme dans la mienne, il y eut plusieurs organes autres que le tube digestif, le foie et le péritoine d'affectés ; mais l'irritation de ces trois derniers fut incontestablement la maladie primitive, principale, et c'est ce qui fit que les symptômes que les pathologistes ont attribués à la phlegmasie seule du tissu du foie, et que j'ai énumérés plus haut, furent constamment les plus saillants et les plus nombreux.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne permettent pas de douter de la réalité du fait que j'ai entrepris de prouver ; mais il ne suffit pas d'en être arrivé au point de savoir que, lorsqu'un individu présente la plupart des symptômes que les auteurs

(1) Portal, *Maladies du foie*, pages 243, 244, etc.

ont assignés à l'hépatite, l'affection dont il est atteint consiste dans l'inflammation simultanée du tube digestif, du foie et du péritoine ; il faut encore déterminer quels sont, parmi ces symptômes, ceux que l'irritation de chacun de ces trois organes occasione directement. Cette question paraît, au premier abord, extrêmement compliquée; mais je ferai observer, d'une part, que les signes de la gastro-entérite sont si connus aujourd'hui, qu'il est parfaitement inutile de chercher ici à apprendre à les distinguer. En second lieu, il est évident que, les signes de la gastro-entérite étant connus, si ceux qui dépendent de l'irritation du péritoine l'étaient également, il ne faudrait qu'éliminer ces deux ordres de phénomènes du tableau que j'ai tracé, page 163, pour avoir les symptômes de l'inflammation du parenchyme hépatique. Ce problème, si difficile en apparence, se réduit donc, à proprement parler, à l'établissement des signes qui dépendent de la phlegmasie du tissu péritonéal ; c'est donc à résoudre ce dernier point qu'il importe de s'attacher.

OBSERVATION N° 3.

Un jeune homme des environs d'une ville où j'ai exercé la médecine pendant sept ans, après mon retour de l'armée, tomba d'une charrette chargée de gerbes de blé sur un pieu, dont la pointe, très-acérée, s'enfonça dans les parois abdominales, à un pouce et demi des cartilages des troisième et quatrième fausses côtes droites (1), et pénétra jusqu'à la hauteur de ces cartilages, en suivant une direction oblique, de dedans en dehors, et de bas en haut. Je m'assurai que la plaie ne s'ouvrait pas dans la cavité du bas ventre. Il n'y avait que les téguments, le tissu cellulaire et les muscles sous-jacents d'intéressés. Le malade fut saigné, pansé convenablement, et soumis à une diète sévère. Le lendemain, 10 juillet 1822, la partie affectée était douloureuse et fort tendue, le pouls était plein et dur. Je voulus réitérer la saignée et mettre des sangsues autour de la blessure; mais les parents du jeune homme s'y étant opposés, je me bornai à couvrir le lieu enflammé d'un cataplasme émollient, et à prescrire, comme la veille, la diète et la tisane de chiendent pour boisson. Le 11, l'irritation avait fait des progrès considérables ; le malade se plaignait, en outre, d'une douleur très-aiguë qui répondait, disait-il, derrière la blessure. Je proposai de nouveau la saignée et les sangsues, mais j'éprouvai un refus plus formel que le jour précédent. Le 12, la douleur dont je viens de parler occupait une grande partie du côté de la poitrine; la bouche était devenue amère, la langue jaune. Tout annonçait que la phlegmasie externe, après s'être communiquée au péritoine et à la superficie du foie, allait se propager à la totalité de ce viscère et au duodénum. Le 13 et le 14, un cas pressant ayant rendu ma présence nécessaire ailleurs, je ne revis le malade que le 15. Ce que j'avais prévu était arrivé : la poitrine ne se dilatait plus à droite qu'avec une extrême difficulté; la douleur du côté s'étendait au cou et à l'épaule, et chaque mouvement d'inspiration en occasionait de très-aiguës dans la région diaphragmatique. Il y avait de plus céphalalgie, coloration en jaune de la conjonctive, toux sèche, soif, langue rouge sur ses bords et couverte d'un enduit jaunâtre à sa base et dans son milieu ; pouls dur, fréquent et serré. Cette fois-ci on consentit à ce que j'ouvrisse l'une des veines du bras; mais, comme il survint une syncope presque aussitôt que le sang commença à couler, cette circonstance parut aux donneurs de conseils une preuve sans réplique que les évacuations sanguines n'étaient pas indiquées. Le 16, des vomissements bilieux s'étaient déclarés quelques moments avant mon arrivée ; l'estomac ne pouvait supporter que les boissons froides ; j'ajouterai que l'inflammation externe, qui, on le présume bien, n'avait pu qu'augmenter sous l'influence d'un pareil traitement, occupait en quelque sorte, à cette époque, tout l'espace compris entre les fausses côtes et les os des îles. J'insistai plus que jamais sur la nécessité des évacuations sanguines ; mais les assistants se récrièrent beaucoup contre cette proposition, et il ne me fut pas possible de leur faire entendre raison. Me voyant réduit par leur obstination à une inutilité complète, et peu flatté, d'ailleurs, du défaut de confiance qu'on me témoignait, je me retirai, en prévenant que, puisqu'on refusait absolument de se conformer à mes avis, je ne reviendrais plus. Six ou sept jours après, le père me fit dire qu'il se repentait bien de n'avoir pas suivi mes ordonnances, et qu'il espérait que j'aurais la bonté de donner encore des soins à son enfant. Je me rendis à ses désirs, mais il n'était plus temps : je trouvai le malade agonisant; il expira dans la nuit.

La poitrine et l'abdomen furent ouverts seulement. Le poumon droit était gorgé de sang et plus consistant que dans l'état normal ; la plèvre sus-diaphragmatique de ce côté était rouge, le tissu musculaire sous-jacent l'était aussi. On trouva dans le bas ventre une assez grande quantité d'un liquide roussâtre dans lequel flottaient des flocons albumineux. Le péritoine présentait des traces d'inflammation dans une grande partie de son étendue, mais principalement vers le lieu qui correspondait à la blessure, dans la région du diaphragme et à la convexité du foie. Ce dernier organe, devenu très-volumineux, avait contracté des adhérences nombreuses avec les tissus voisins, et renfermait deux foyers de suppuration, situés, l'un dans l'épaisseur de son parenchyme, l'autre derrière les fausses côtes et près de la grande courbure. La membrane mu-

(1) En comptant de haut en bas.

queuse gastro-intestinale était phlogosée depuis pour ainsi dire le cardia jusqu'au gros intestin; mais sa rougeur était plus prononcée dans l'estomac et le duodénum, et allait ensuite toujours en diminuant. Il s'était formé un abcès très-vaste dans l'épaisseur des parois abdominales; la suppuration, sortant difficilement par la plaie, avait fusé entre la peau et les muscles, et entre ceux-ci et le péritoine, jusqu'aux environs du rebord supérieur du bassin.

La cause de tous les désordres organiques qu'on observa après la mort fut incontestablement l'inflammation qui survint dans les parties que le pieu avait divisées, et comme cette inflammation était située à l'extérieur, il est évident qu'avant de se propager au foie, elle dut commencer par affecter le péritoine. Or, si nous jetons un coup d'œil sur les symptômes qui se manifestèrent pendant la première période de la maladie, nous verrons que les plus saillants furent, le troisième jour, une douleur très-aiguë, située au-dessous de la blessure; le quatrième, cette douleur avait gagné presque tout le côté de la poitrine; le septième, la respiration ne se faisait que par le moyen des côtes; chaque mouvement d'inspiration donnait lieu à des douleurs très-vives, qui, de la région diaphragmatique, s'étendaient au cou et à l'épaule. Ces symptômes ne dépendaient bien certainement pas de la phlegmasie externe: car, dans la plupart des cas où ils ont été rencontrés, les tissus post-péritonéaux n'étaient pas enflammés ou n'avaient commencé à l'être que sur la fin. Ils ne provenaient pas non plus de l'irritation du tissu hépatique: car, outre que cette dernière n'avait pas eu le temps de faire beaucoup de progrès à l'époque dont je parle, personne n'ignore que les organes parenchymateux ne jouissent pas d'une grande sensibilité, tandis que le principal caractère distinctif des phlegmasies séreuses est d'occasioner des douleurs extrêmement aiguës, et qui surtout deviennent lancinantes, pongitives, lorsque la congestion morbide qui les produit est circonscrite et très-intense. Si donc ces symptômes n'étaient ni le résultat de l'inflammation des tissus post-péritonéaux, ni celui de l'hépatite proprement dite, quelle était leur cause? Évidemment l'irritation du péritoine.

Cette membrane offrait des traces de phlogose dans presque toute son étendue chez le sujet de cette observation; mais le plus souvent elle n'est enflammée qu'à la convexité du foie et dans les points correspondants de la région hypocondriaque. Voici l'ordre dans lequel se développent les accidents en pareille occurrence. Si la portion du péritoine sus-hépatique qui est la première affectée répond à cette partie du foie qui est appliquée en devant et contre le rebord cartilagineux qui termine inférieurement la poitrine, les douleurs sont lancinantes, pongitives, mais elles se bornent dans le principe à l'hypocondre. Lorsqu'au contraire l'inflammation commence par la partie supérieure de la face convexe, et qu'elle se propage par voie de contiguité au feuillet du péritoine qui tapisse la concavité du diaphragme, les douleurs se font ressentir d'abord dans cette région; elles augmentent à chaque mouvement d'inspiration, et s'étendent à tout le côté du thorax, au cou et à l'épaule: ce n'est qu'après, que l'hypocondre devient tendu et douloureux (1). Les auteurs pensent que ce sont les nerfs diaphragmatiques qui, par le moyen des communications qu'ils ont avec ceux du plexus cervical, transmettent la douleur au cou, à l'épaule et jusque dans le bras. Cette explication me paraît très-rationnelle; mais je ferai observer que les nerfs diaphragmatiques n'envoient aucun filet au foie, et que par conséquent il est impossible que la phlegmasie de ce dernier occasione directement la douleur dont il s'agit. Cette circonstance est donc une preuve de plus en faveur de mon opinion.

Maintenant que nous sommes bien fixés sur les phénomènes qui, dans le groupe des symptômes que les pathologistes ont assignés à l'hépatite, dépendent de l'inflammation du péritoine, il est clair que, si, comme je l'ai déjà dit, on élimine de ce groupe les signes de la péritonite (tension de l'hypocondre droit, sensibilité à la pression; douleur aiguë, pongitive, lancinante, analogue à celle de la plèvre enflammée, et s'étendant, dans certains cas, des côtes asternales droites à la clavicule et au bras du même côté; décubitus difficile, parfois impossible, sur le côté droit; respiration petite à droite et point abdominale, toux sèche, hocquet), et ceux de la gastro-entérite (nausées, vomissements, soif intense, rougeur de la langue; peau sèche, brûlante; pouls fréquent, très-souvent dur), on aura pour reste ceux qui résultent directement de la phlegmasie du parenchyme hépatique (douleur sourde, profonde, répondant ordinairement à la région hypocondriaque droite, mais ayant son siége quelquefois dans la région épigastrique ou

(1) On m'objectera peut être que dans le cas que je viens de rapporter le diaphragme participait à l'irritation des autres tissus, et qu'on ne voit pas pourquoi les symptômes en question n'appartiendraient pas plutôt à l'inflammation de ce muscle qu'à celle du feuillet péritonéal qui le tapisse inférieurement. Je ne prétends pas nier que la diaphragmite ne soit susceptible d'occasioner de pareils désordres, car, lorsque cet état morbide existe, il y a toujours lésion concomitante de la plèvre, du diaphragme et du péritoine; mais ce dernier organe avait été ici le premier affecté, et lorsque les douleurs du côté et de l'épaule se déclarèrent, l'irritation du diaphragme ne devait être que fort légère. En supposant, au surplus, que ces symptômes ne pussent être produits que par l'inflammation simultanée du péritoine et du diaphragme, il n'en resterait pas moins démontré qu'ils ne proviennent pas directement de celle du foie.

dans l'hypocondre gauche, et s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse, de plénitude, de suffocation; décubitus difficile, souvent impossible, sur le côté gauche; amertume de la bouche, couleur jaune de la langue, le plus communément teinte jaunâtre des yeux ou de la peau; selles blanches, ou bien déjections bilieuses, âcres, et plus ou moins abondantes; urine jaune, rare, ayant l'apparence de l'huile, déposant un sédiment briqueté). Cette manière d'argumenter est rigoureuse : elle donne nécessairement pour résultat la solution de la question que je m'étais proposée. En supposant, au surplus, qu'elle ne soit pas aussi concluante que je le prétends, voici un fait qui achèvera de la confirmer.

OBSERVATION N° 4.

Un ouvrier, âgé de vingt-cinq ans, très-robuste et d'une constitution bilioso-sanguine, reçut dans une rixe un coup de poing si violent dans la région du foie, qu'il tomba à la renverse et se trouva mal. Des secours lui ayant été promptement administrés, il ne tarda pas à revenir à lui, mais il commença à se plaindre dès ce moment d'un sentiment de malaise et d'embarras qu'il rapportait à l'endroit où il avait été frappé; lorsqu'on exerçait une pression un peu forte sur cette partie, il éprouvait une douleur sourde, profonde, et qui, disait-il, venait de dessous les côtes. Les cinq ou six jours suivants, cette douleur, loin de se dissiper, augmenta; l'hypocondre droit devint tendu et douloureux, même quand on ne le comprimait pas; l'appétit disparut; la langue se couvrit d'un enduit jaunâtre. Tel était l'état du malade à l'époque où il se présenta chez moi pour me consulter. Je fus d'avis qu'il gardât la chambre, qu'il se mît à la diète, qu'il prît pour tisane une décoction d'orge et de chiendent, et qu'on lui appliquât vingt sangsues à l'hypocondre. Cet individu ne fit rien de ce que je lui avais prescrit : il avait besoin de travailler pour vivre, et son dérangement, d'ailleurs, ne lui paraissait pas aussi sérieux que je le prétendais. Les accidents cependant prirent une marche si rapide et s'aggravèrent à un tel point qu'il fut obligé de s'aliter trois jours après (le 3 novembre 1826.) On m'envoya chercher le lendemain. Voici les symptômes qui se présentèrent à mon observation : céphalalgie; coloration en jaune de la conjonctive, ainsi que du pourtour des lèvres et des ailes du nez; langue rouge et sèche, soif inextinguible, peau brûlante, pouls dur et plein, respiration extrêmement pénible; douleur pongitive, lancinante, dans la région hypocondriaque droite, s'étendant d'une part à tout le côté droit de la poitrine, de l'autre à l'épigastre et à l'hypocondre gauche; urine foncée en couleur, constipation. Je pratiquai sur-le-champ une saignée du bras, je couvris ensuite la région du foie d'un cataplasme émollient, et j'ordonnai une diète très-sévère, et l'eau de chiendent édulcorée avec le sirop de gomme pour boisson. Le soir, vingt sangsues furent mises à l'hypocondre et dix au creux de l'estomac. Le 5, l'irritation n'avait pour ainsi dire rien perdu de son intensité. (Saignée du bras; pour le reste, prescription *ut supra.*) Le 6, le pouls était moins plein et moins dur, mais l'hypocondre paraissait presque aussi tendu et aussi douloureux. (Vingt sangsues à cette partie et dix à l'épigastre; le sang coula jusqu'à la nuit.) Le 7, la langue avait commencé à s'humecter, la soif n'était plus aussi vive, les douleurs surtout qui provenaient de l'inflammation du foie et de ses annexes avaient beaucoup diminué; cependant, comme elles étaient encore portées à un assez haut degré, je crus devoir recourir à une troisième application de sangsues. (On en mit vingt.) Le 8, le pouls avait en quelque sorte repris son rhythme normal, le malade n'était plus altéré, la respiration se faisait assez librement. (Cataplasme; deux lavements avec la décoction de graine de lin, un pour le matin, l'autre pour le soir; on ajouta à la tisane dix-huit grains de sel de nitre par pinte.) Le 7, les choses allaient toujours en s'améliorant. Le 8, on permit deux bouillons, et l'on prescrivit un bain tiède. Le 9, un second bain fut administré; indépendamment des bouillons de la veille, on accorda un potage au riz. Le 10, mêmes moyens thérapeutiques et même régime. Le 11, on supprima le bain. Le 12, il ne restait qu'une douleur obtuse dans la région du foie, mais ce symptôme disparut à son tour. Aujourd'hui, le jeune homme qui fait le sujet de cette observation jouit d'une santé parfaite.

Il est incontestable que l'inflammation débuta dans ce cas par le tissu du foie, et qu'elle se borna à ce tissu durant les six ou sept premiers jours de la maladie. Or les symptômes qui survinrent pendant ces six ou sept jours (sentiment de malaise, d'embarras dans la région hypocondriaque; douleur sourde, profonde, dans cette partie, ne se faisant ressentir d'abord que par la pression, et devenue ensuite permanente; langue jaune, amertume de la bouche) se trouvent compris dans le nombre de ceux que j'ai dit appartenir à la phlegmasie du parenchyme hépatique : donc l'opinion que j'ai émise au sujet de ces derniers est vraie.

Je n'ai tant insisté sur la question relative aux signes que la gastro-hépato-péritonite occasione que parce que je pensais que c'était le meilleur moyen d'arriver à la connaissance des symptômes de l'hépatite. Non-seulement j'ai appris à distinguer ces symptômes lorsqu'ils coïncidaient avec ceux de la gastro-entérite et de l'irritation du péritoine, mais l'histoire de l'ouvrier dont je viens de parler nous donne une idée très-exacte des phénomènes qui caractérisent l'inflammation du tissu du foie quand elle existe seule.

Les observations que j'ai déjà rapportées m'autorisent à poser en principe que la phlegmasie aiguë du tissu du foie ne s'élève jamais à un haut degré d'intensité sans se propager à la membrane muqueuse gastro-intestinale et au péritoine. On m'objectera peut-être qu'il y a des faits contradictoires ; que tantôt, par exemple, les signes de la gastro-entérite, tantôt ceux de la péritonite, manquent, et qu'on a rencontré même des abcès dans le foie sans que rien eût indiqué pendant la vie que cet organe était atteint d'inflammation. Je répliquerai à cela 1° que je ne connais qu'un cas d'hépatite aiguë dans lequel, si l'on en croit M. Andral (1), les voies digestives ne furent pas affectées, et encore est-il prouvé pour moi que parmi les phénomènes morbides qui se manifestèrent au commencement et sur la fin de la maladie il y en avait qui appartenaient à l'irritation du tube alimentaire ; 2° que les douleurs que les auteurs attribuaient à la souffrance seule du parenchyme hépatique, et qui, ainsi que je l'ai démontré, dépendent de l'inflammation de la séreuse abdominale, varient sans doute chez presque tous les sujets sous le rapport de leur direction, de leur intensité, de leur étendue (2); mais qu'il est encore exact de dire que, dans la règle, l'hépatite aiguë s'accompagne de ces sortes de douleurs; 3° que les abcès dont on argue ici ne sauraient non plus fournir aucun argument contraire à mon opinion : la plupart provenaient d'une hépatite chronique, et le petit nombre des autres avaient dû être méconnus, parce que l'hépatite aiguë dont ils étaient la suite se trouvait masquée par une affection plus grave.

Les pathologistes ont en quelque sorte divisé de tout temps l'hépatite aiguë en deux espèces : suivant eux, cet état morbide peut occuper exclusivement tantôt la face convexe, tantôt la face concave du foie. Dans le premier cas, disent-ils, si l'inflammation a son siége à la partie antérieure de la face convexe, la douleur est superficielle, aiguë, comme pleurétique; elle augmente dans l'inspiration, la toux, et par la pression exercée au-dessous des fausses côtes, et se propage à la poitrine, au cou et à l'épaule; l'hypocondre droit est tuméfié, le décubitus sur ce côté impossible; la respiration difficile, accompagnée de toux sèche, quelquefois de hoquets. Si, au contraire, l'irritation est plus forte à la partie postérieure de cette même surface, la douleur se fait ressentir principalement près de la colonne vertébrale, et se prolonge de là tantôt à la partie postérieure de la poitrine, de manière à simuler une pneumonie dorsale ; tantôt du côté des lombes, et paraît située dans le rein droit, ce qui a souvent donné lieu de penser alors que la phlegmasie qu'on avait à traiter n'était qu'une néphrite.

Dans le second cas, la langue est rouge sur les bords et jaune verdâtre dans le reste de son étendue ; il y a nausées, vomissements de bile, tension à l'épigastre et à l'hypocondre droit, le plus communément ictère. Le hoquet se déclare aussi dans cette circonstance. Le décubitus sur le côté gauche est très-douloureux. L'urine prend un aspect différent suivant l'époque et l'intensité de la maladie : pâle durant les premiers jours si l'ictère n'existe pas, jaune si ce dernier symptôme a lieu, elle paraît plus tard d'une couleur rouge plus ou moins foncée. Les déjections sont tantôt supprimées, tantôt grisâtres et semblables à de l'argile; d'autres fois une bile très-âcre est sécrétée en abondance, et des matières liquides presque sanguinolentes sont rendues avec coliques. La douleur est obtuse, profonde, et n'est appréciable que dans les régions hypocondriaque droite et épigastrique. L'obstacle que le foie enflammé oppose alors à l'élévation du diaphragme dans l'expiration, soit à cause de sa masse soit à cause de son volume, occasione un sentiment d'angoisse, de plénitude, de suffocation ; il semble au malade qu'un poids est suspendu au diaphragme et au sternum. (Pinel, Franck, etc.)

Il suffit de jeter les yeux sur ces deux tableaux pour se convaincre que, dans l'un, les symptômes les plus saillants appartiennent à l'inflammation du péritoine et du parenchyme hépatique, et que, dans l'autre, les signes de la gastro-entérite coïncident avec ceux d'une lésion du foie, et que, par conséquent, on n'est pas en droit de poser en principe qu'il n'y a alors que ce viscère d'affecté. Une autre chose qui milite infiniment contre la distinction qui nous occupe, c'est que les deux groupes de symptômes dont il s'agit n'existent jamais seuls ici. Je m'explique : lorsque les signes qui indiquent que le péritoine et la superficie du foie sont enflammés se développent, ils sont constamment accompagnés, d'abord, de ceux qui dénotent une supersécrétion de bile, et, plus tard, de ceux de la gastro-entérite. De même, quand l'irritation commence par le tube digestif et la partie du foie correspondante, le tissu péritonéal y participe toujours plus ou moins. La division de l'hépatite en deux espèces est donc défectueuse, 1° parce que ceux qui admettent ces deux espèces pensent que dans chacune d'elles il n'y a que l'organe sécréteur de la bile de lésé ; 2° parce qu'en pareille occurrence l'irritation, loin d'avoir son siége exclusif dans la face convexe, ou dans la face concave n'est que prédominante dans l'un ou l'autre de ces points.

Remarquez que je n'entends pas dire par là que l'hépatite ne peut pas être partielle : ce que j'ai voulu prouver seulement, c'est que l'hépatite superficielle et l'hépatite profonde des auteurs sont des affections complexes, et qu'on n'est pas fondé surtout à établir

(1) *Clinique médicale*, tome IV, page 75.

(1) Il est surtout moins fréquent qu'on ne le croit communément qu'elles s'étendent jusqu'à l'épaule et au bras droit.

que dans l'un ou l'autre de ces cas le parenchyme hépatique n'est malade que dans une partie de son étendue.

Pour ce qui concerne, au surplus, l'hépatite partielle, il est évident que, dès le moment qu'il a été démontré que, quel que soit le point par lequel débute l'irritation hépatique, elle ne s'élève jamais à un haut degré d'intensité sans se propager à la totalité du foie, ainsi qu'au péritoine et à la membrane muqueuse gastro-intestinale ; il est évident, dis-je, qu'une phlegmasie partielle de l'appareil biliaire doit nécessairement être très-circonscrite et développer peu de sympathies. Ne serait-ce pas donner une idée juste de cet état morbide que d'avancer qu'il est, relativement au parenchyme hépatique, ce que la pneumonie lobulaire est par rapport aux poumons ?

Quelques médecins, qui, du reste, blâment la division de l'hépatite en deux espèces, ont prétendu, à leur tour, que les symptômes de la phlogose de la face convexe doivent être rapportés à la péritonite sus-hépatique, et que ceux de l'inflammation de la face concave ne représentent qu'une irritation des vaisseaux biliaires, des conduits hépatiques ou de la vésicule. Mais cette manière de voir ne me paraît guère plus fondée que la précédente. Pour établir, en effet, que dans le premier cas le péritoine se trouve seul enflammé, il faudrait pouvoir démontrer que le parenchyme hépatique sous-jacent ne l'est pas également. Or, l'analogie doit nous porter à penser qu'il en est du péritoine sus-hépatique comme de la plèvre pulmonaire, dont l'irritation ne se borne jamais à son propre tissu et se communique constamment à la portion du poumon qu'elle recouvre. Les abcès, d'ailleurs, qui se forment à la suite de l'hépatite superficielle prouvent que le foie participe alors à la phlegmasie de la membrane séreuse qui lui sert d'enveloppe. Quant au second cas, j'avouerai que je ne conçois pas la possibilité d'une lésion isolée de la portion du parenchyme hépatique qui est destinée à la formation de la bile. La distinction nouvelle qui nous occupe n'est donc pas plus rationnelle que la précédente, et ne mérite pas d'être conservée.

Je n'ai considéré jusqu'ici l'inflammation du foie que sous la forme aiguë. Mais, outre que cette nuance de l'irritation hépatique peut, dans ce cas, devenir chronique, personne ne conteste qu'elle ne soit susceptible de prendre cette marche dès son début; et si, parmi les pathologistes, il n'y a guère que Pujol qui ait parlé nominativement de l'hépatite chronique, c'est que les phénomènes locaux qui la caractérisent sont peu précis ; c'est que souvent on n'est conduit à en présumer l'existence que par les symptômes qui résultent d'une supersécrétion de bile, et que, pour cette raison, on l'a fréquemment méconnue.

HÉPATITE CHRONIQUE.

Lorsqu'un individu atteint d'une hépatite aiguë éprouve un mieux sensible, que tout semble annoncer la guérison, et que néanmoins le retour des forces n'est pas complet ; que les jambes restent faibles ; que l'appétit, quoique vif, cesse dès les premières bouchées d'aliment ; qu'il y a soif, sécheresse de la peau, coloration en jaune de la conjonctive, le diagnostic n'offre rien d'embarrassant : on peut hardiment avancer que la maladie n'a pas cessé ; ses causes, sa nature, rien n'est changé ; elle n'a fait que diminuer d'intensité. Mais le plus ordinairement l'inflammation chronique du foie n'est pas la suite d'une hépatite aiguë, et l'on a alors d'autant plus de difficulté à la reconnaître qu'il n'est pas rare qu'on en soit réduit dans ce cas à ne pouvoir baser son jugement que sur des circonstances commémoratives, des particularités individuelles, la présence ou l'absence des signes qui caractérisent les affections mieux connues des organes voisins. Je n'ose point me flatter, certes, que je parviendrai à dissiper l'obscurité qui règne encore sur ce point de pathologie ; mais, si je ne me trompe, les considérations dans lesquelles je vais entrer ne seront pas inutiles. Mon travail aura du moins cet avantage qu'il réunira en quelque sorte dans un seul cadre tout ce que les auteurs nous ont transmis à ce sujet. Voici donc quel est, en général, la marche que l'hépatite chronique suit toutes les fois qu'elle ne provient pas d'une hépatite aiguë.

Le malade, d'abord, n'a pas de fièvre ; les symptômes qu'il présente semblent n'appartenir en aucune manière aux affections du foie. Tantôt ce sont les phénomènes qu'on a coutume d'assigner à l'hypocondrie ; tantôt des incommodités diverses, telles, par exemple, que des démangeaisons par tout le corps, des douleurs vagues et des lassitudes spontanées, un froid aux pieds qui se fait principalement ressentir dans la nuit, etc. Cet état reste quelquefois stationnaire pendant plusieurs mois, plusieurs années, et la seule chose qui, alors, pourrait porter à soupçonner une altération de l'appareil biliaire, ce sont des douleurs qui, par intervalles, surviennent tout-à-coup dans l'hypocondre droit, durent quelques secondes, quelques minutes, un quart d'heure au plus, et cessent ensuite complètement. Tant que les désordres se bornent là, la santé ne paraît pas sensiblement altérée; mais, au bout d'un certain temps, pour l'ordinaire, les progrès de la maladie sont beaucoup plus marqués : douleur à la région épigastrique, qui, d'abord légère, puis vive et constante, augmente avant le repas, diminue dès qu'il est commencé, et se renouvelle pendant le travail de la digestion; soif, dégoût pour les aliments solides, langue chargée dans son milieu ; quelquefois vomissements pituiteux, sans

causes appréciables externes, ou à la suite d'une quinte de toux ; sécheresse de la peau, constipation, coliques légères, accompagnées de borborygmes et d'émissions de vents par haut et par bas. A ces signes, qui n'indiquent qu'une irritation chronique de la membrane muqueuse gastro-intestinale, s'en joignent d'autres plus caractéristiques. Si, à cette époque, en effet, on palpe la région du foie, on trouve le plus communément que cet organe est devenu très-dur, très-volumineux, qu'il dépasse les dernières fausses côtes de deux ou trois travers de doigt, et, dans quelques circonstances, qu'il est parsemé de bosselures de grosseurs variées. Les douleurs de l'hypocondre droit que j'ai signalées en premier lieu sont plus fréquentes et plus fortes; et, quoiqu'en général elles soient sourdes, gravatives, elles ne laissent pas d'être parfois lancinantes, et de s'étendre même à la poitrine et à l'épaule droite. La respiration est presque toujours un peu embarrassée, et le décubitus sur le côté gauche la rend extrêmement pénible. La peau et la conjonctive prennent une couleur jaune foncé : alors les matières fécales sont grisâtres ; les urines safranées, épaisses, comme oléagineuses. Si, au contraire, il n'y a pas d'ictère, les selles ont un aspect noirâtre. Lorsque les choses en sont à ce point, l'amaigrissement fait des progrès effrayants, les jambes s'enflent, et, l'infiltration gagnant de proche en proche les cuisses et le bas-ventre, la scène se termine par une hydropisie ascite. Les malades meurent hydropiques ou dans le marasme le plus complet, à moins qu'une phlegmasie aiguë ne vienne avancer le terme d'une affection dont la durée peut s'étendre de deux ou trois mois à une ou deux années.

Cette description ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'exactitude, et l'on y retrouve à peu près tous les phénomènes qui, le plus souvent, précèdent et accompagnent le développement de l'hépatite chronique. Quant aux moyens d'arriver à la connaissance des signes qui, dans ce cas, appartiennent à l'inflammation du tissu seul du foie, ils sont absolument les mêmes que ceux dont je me suis servi pour déterminer les traits caractéristiques de cette inflammation, lorsqu'elle est aiguë : il est évident, en effet, que, si du tableau que je viens de tracer on sépare tout ce qui est relatif à la gastro-entérite et à la péritonite, il ne restera plus qu'une série de symptômes qu'on ne pourra s'empêcher de rapporter à la phlegmasie de l'appareil biliaire. Ces symptômes, si l'on en excepte deux ou trois (1), ne diffèrent de ceux de l'hépatite aiguë qu'en ce qu'ils ne sont pas aussi prononcés ; mais une chose qu'on n'aura pas manqué de remarquer, et sur laquelle il importe d'insister, c'est qu'ils ne deviennent apparents qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et qu'on n'observe ordinairement dans la première période de la maladie que des phénomènes qui, pour la plupart, sont occasionés par une affection chronique des voies digestives. Ce fait tient, je le dis ici par anticipation, à ce que la forme de l'hépatite qui nous occupe dépend le plus communément d'une gastro-entérite.

L'hépatite chronique ne suit pas toujours la marche que je viens de décrire ; elle s'en écarte dans quelques cas, et il est constant qu'on a rencontré des traces non équivoques de phlegmasie dans le foie chez des individus qui n'avaient présenté, pendant la vie, aucun signe qui pût faire présumer que cet organe était enflammé. Je me suis assuré, en parcourant les auteurs qui ont traité des affections de l'appareil biliaire, que les abcès hépatiques dont on n'avait pas même soupçonné l'existence avant la mort dépendaient, pour la plupart, d'une hépatite chronique.

On a dû s'apercevoir que je n'ai pas mis au nombre des symptômes de l'inflammation aiguë ou chronique du foie l'augmentation de volume du lobe de Spigel, bien que plusieurs écrivains prétendent que cette augmentation peut devenir assez considérable pour constituer une tumeur appréciable au palper, et la regardent comme un des phénomènes qui surviennent le plus souvent dans l'hépatite. Les raisons qui m'ont déterminé à en agir ainsi sont qu'il est impossible, pendant la vie, de sentir isolément le lobe de Spigel à travers les parois abdominales, et que jamais, aux ouvertures de cadavres, on n'a trouvé la tuméfaction de cette partie existant seule, c'est-à-dire indépendamment de celle du reste du parenchyme hépatique. Parmi les nombreux malades que M. Andral a eu occasion d'examiner à la Charité, aucun ne lui a offert ce genre d'altération, soit avant la mort, soit après.

Si nous récapitulons maintenant tout ce que j'ai dit jusqu'ici, nous verrons qu'il résulte de la discussion à laquelle je me suis livré 1° que l'irritation hépatique est caractérisée à son premier degré par les signes suivants : « amertume de la bouche, enduit jaune de la langue, goût de bile, selles bilieuses, quelquefois urine jaune, coloration en jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez ; » 2° que, lorsqu'elle a fait plus de progrès et que néanmoins elle n'en a pas fait assez pour se propager à des tissus autres que celui du foie, il y a de plus que dans le cas précédent : « sentiment de malaise, embarras dans la région hypocondriaque droite ; douleur sourde, profonde, dans cette partie, ne se faisant ressentir d'abord que par la pression, et devenant ensuite continue ; » 3° que, lorsqu'elle est très-intense et que par conséquent elle s'est communiquée au péritoine et au tube digestif, l'ensemble

(1) Les trois symptômes dont je veux parler, sont : La dureté du foie, son augmentation extraordinaire de volume, les bosselures dont il est quelquefois parsemé à sa surface.

des phénomènes que détermine cette affection multiple constitue le groupe de symptômes dont j'ai parlé, page 163; mais que les signes qui appartiennent alors à l'inflammation propre du parenchyme hépatique sont : « une douleur sourde, profonde, répondant ordinairement à la région hypocondriaque droite, mais ayant son siége quelquefois dans la région épigastrique ou dans l'hypocondre gauche, et s'accompagnant d'un sentiment d'angoisse, de plénitude, de suffocation ; le décubitus difficile, souvent impossible, sur le côté gauche ; l'amertume de la bouche, la couleur jaune de la langue, la teinte jaunâtre des yeux ou de la peau; les selles blanches, ou bien des déjections bilieuses, âcres, et plus ou moins abondantes ; l'urine jaune, rare, ayant l'apparence de l'huile, déposant un sédiment briqueté. »

Je ferai remarquer, au sujet de ces derniers signes, c'est-à-dire de ceux qui, selon moi, sont occasionés par l'irritation hépatique, quand elle est très-intense, qu'on aurait tort de croire qu'ils doivent nécessairement se développer tous alors. Non-seulement il en manque toujours quelques-uns, même dans les cas les plus graves, mais chacun en particulier est susceptible de manquer. Ceux qu'on rencontre le plus communément, et qu'on peut regarder comme pathognomoniques de l'hépatite, sont *la douleur et l'augmentation de volume du foie.*

La douleur dont il s'agit ici diffère essentiellement de celle que détermine la péritonite sushépatique : l'une, sourde, profonde, bornée à la région du foie, n'est souvent appréciable que par la pression ; l'autre, pongitive, lancinante, s'étend au côté, à l'épaule, au bras, et n'a jamais besoin du toucher pour être distinguée. Tant que la première se fait seule ressentir, il n'y a que l'organe sécréteur de la bile qui soit affecté : lorsque, au contraire, la seconde a lieu, le péritoine sus-hépatique et le parenchyme sous-jacent sont enflammés.

L'augmentation de volume du foie indique constamment un état pathologique de ce viscère. La simple vue suffit dans certains cas pour reconnaître une tumeur hépatique ; il n'est pas très-rare même de trouver des malades chez qui le bord tranchant du foie se dessine parfaitement à travers les parois abdominales. Mais, en général, la vue ne suffit pas pour constater l'existence de ces sortes de tumeurs, et l'on est obligé de recourir au palper, qui seul peut donner une idée exacte de leur consistance et de leurs dimensions.

Ce moyen, sans doute, ne fournit pas toujours des renseignements nombreux, et il y a des circonstances où l'on ne découvre rien autre chose, en comprimant le bas-ventre, qu'une résistance inégale des deux côtés de la ligne blanche. Mais alors même il contribue à éclairer le diagnostic et l'on aurait tort de le négliger. Supposons, par exemple, que chez un individu qui présente les signes de ce qu'on appelle *embarras gastrique bilieux, fièvre bilieuse*, etc., les parois abdominales conservent leur souplesse naturelle dans l'hypocondre gauche, tandis que, dans l'hypocondre droit, elles sont tendues et résistent à la pression : eh bien, on aura dans cette donnée que procure le toucher un motif de plus de penser que l'affection qu'on a à traiter se trouve compliquée d'une irritation du foie.

Pour retirer tous les avantages possibles du palper, il faut que le malade soit tour à tour assis, debout, ou couché tantôt sur le dos, tantôt sur l'un ou l'autre hypocondre. Ces diverses positions seront donc prises successivement par le malade, et dans chacune d'elles on appliquera la main au-dessous des fausses côtes, et l'on pressera d'avant en arrière dans tous les points de la région hypocondriaque; on explorera ensuite de la même façon les autres parties de l'abdomen. Si, en procédant de la sorte, on ne réussit pas à circonscrire la tumeur dont on reconnaît néanmoins l'existence, on étendra et l'on rapprochera les uns des autres tous les doigts, à l'exception du pouce, et l'on aura soin, en replaçant la main sur l'hypocondre, que le bord externe de l'indicateur touche dans toute sa longueur les parois abdominales. La main étant ainsi disposée, on la poussera d'avant en arrière, puis on la portera brusquement de bas en haut, en rapprochant son bord cubital du bas-ventre, et en pressant toujours dans cette nouvelle direction avec son bord radial. De cette manière, non-seulement on parviendra souvent à déterminer les limites du bord tranchant du foie, mais on pourra distinguer si la surface de ce viscère est lisse, uniforme, ou si elle présente des élévations insolites, des bosselures, des enfoncements, etc.

Il arrive quelquefois que l'organe qui élabore la bile se fait sentir en même temps dans l'hypocondre droit, à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche.

Le diagnostic n'offre presque jamais alors beaucoup de difficultés ; parce que très-fréquemment, en pareille occurrence, la vue vient ajouter aux lumières fournies par le toucher. D'autres fois la tumeur fournie formée par le parenchyme hépatique se borne à l'épigastre ou s'avance plus ou moins dans l'hypocondre gauche. Lorsqu'elle occupe l'une ou l'autre de ces régions, et qu'elle est nulle dans l'hypocondre droit (1), on peut la confondre, dans le premier cas, avec une tumeur de l'estomac, et

(1) Cela a lieu, dit M. Andral, lorsque le foie s'est inégalement développé, et que le lobe gauche est dans un état d'hypertrophie auquel ne participe point le lobe droit (*Clinique médicale*, tome IV, page 30.) La plupart des détails dans lesquels je viens d'entrer sur la manière de pratiquer le palper appartiennent au même auteur.

dans le second avec une tumeur de l'estomac ou de la rate. Les tumeurs hépatiques situées à l'épigastre se distinguent de celles du ventricule en ce qu'elles sont beaucoup moins mobiles, qu'elles peuvent être presque toujours suivies derrière les côtes, qu'on les limite exactement du côté de l'hypocondre gauche, tandis qu'à droite elles disparaissent d'une manière insensible, sans qu'il soit possible de préciser le lieu où elles se terminent. Quant aux tumeurs formées par la rate, il suffit de réfléchir que leur direction est oblique de haut en bas et de gauche à droite, et que celle des tumeurs qui dépendent du gonflement du lobe gauche du foie est horizontale et de droite à gauche, pour éviter toute espèce de méprise.

J'ajouterai, pour compléter la séméiologie de l'irritation du foie, que quelques auteurs ont prétendu que ce viscère, devenu volumineux et dur par suite de la phlegmasie chronique de son parenchyme, pouvait être soulevé en entier par les battements de l'aorte, et en imposer pour un anévrisme. Je n'insiste pas sur ce fait, parce qu'il n'est pas probable qu'un esprit judicieux soit jamais embarrassé pour porter un jugement en pareille occurrence. On a vu le foie enflammé occuper la région ombilicale, les flancs, toucher la crête iliaque, descendre même jusque près du pubis. Cet organe peut aussi faire tumeur soit à l'épigastre, soit dans l'un ou l'autre hypocondre, et cependant n'être pas malade. Cela a lieu le plus souvent lorsqu'un épanchement formé dans la plèvre du côté droit est assez considérable pour refouler en bas le diaphragme, et en même temps le foie, qui descend alors plus ou moins au-dessous des côtes. M. Andral parle d'une tumeur enkystée, développée entre le rein et le foie, qui avait fait subir à ce dernier une sorte de mouvement de bascule, en vertu duquel le foie repoussé de l'hypocondre droit et fortement incliné de haut en bas, de droite à gauche et d'arrière en avant, faisait pendant la vie une saillie très-prononcée dans l'hypocondre gauche. On conçoit sans peine que dans cette circonstance il était en quelque sorte impossible de ne pas regarder la tumeur comme produite par un état pathologique du foie; l'autopsie cadavérique prouva pourtant qu'il n'en était rien. Il est un autre cas qui n'a été indiqué que par M. Boisseau, et que je signalerai avant de passer outre : suivant ce médecin, le rein droit peut se déplacer, se porter en avant au-dessous des fausses côtes, et représenter à merveille la saillie que forme le foie quand il est tuméfié. « On reconnaît, dit-il, que la tumeur n'appartient pas à ce dernier viscère, parce qu'elle disparaît si le rein est refoulé à sa place, quand les intestins sont distendus par des gaz. Nous n'avons observé qu'un seul cas de ce genre; mais il a induit en erreur les praticiens les plus distingués, qui sont, pour l'ordinaire, toujours prompts à décider les problèmes les plus difficiles du diagnostic (1). »

On a également beaucoup discuté sur la difficulté qu'il y a quelquefois de distinguer l'hépatite superficielle de la pleurésie. Mais je ferai remarquer à ce sujet que la phlegmasie du foie, lorsqu'elle est très-intense, se communique presque toujours au diaphragme et à la portion de la plèvre qui lui correspond, et que réciproquement l'irritation aiguë de la plèvre sus-diaphragmatique se propage souvent au péritoine et au parenchyme hépatique (2). Dans ces deux circonstances, les symptômes de l'un et de l'autre de ces états pathologiques se trouvent réunis, et la distinction qu'il importe le plus d'établir n'est pas celle des phénomènes morbides, mais bien celle des organes qui ont été les premiers affectés. C'est donc à ce dernier résultat qu'on doit alors s'efforcer d'arriver. Or on y parviendra facilement en s'aidant de signes commémoratifs, et en tenant compte de l'intensité respective de ceux qui existent, si l'on n'a été appelé qu'à une époque avancée de la maladie; dans le cas contraire, il ne faut qu'être attentif au développement successif des accidents. Quant à la pleurésie costale, ou, en d'autres termes, l'inflammation qui occupe une partie plus ou moins étendue du feuillet de la plèvre qui recouvre les côtes, il suffit, pour éviter une méprise, d'explorer avec soin la poitrine, de recourir à la percussion et à l'auscultation, d'examiner si la respiration s'opère seulement par le moyen des côtes, ou si, les parois du thorax étant immobiles, elle ne se fait que par l'abaissement du diaphragme, et de s'assurer s'il n'existe pas des signes qui dénotent que la bile est sécrétée en plus grande quantité que de coutume. Moyennant ces précautions, le praticien qui aura eu occasion d'observer la variété de la pleurésie dont il s'agit réussira toujours à la distinguer de l'hépatite.

TERMINAISONS.

Les pathologistes, n'ayant connu l'irritation hépatique que lorsqu'elle a revêtu la forme inflammatoire, n'ont parlé que des désordres organiques qu'on trouve à la suite de l'hépatite. Mais, comme je l'ai démontré, l'irritation du foie peut exister à un degré où elle ne constitue pas encore une phlegmasie. Or, dans ce cas, elle est susceptible aussi de déterminer des lésions de texture qu'il importe de connaître, et que je décrirai même les premières, pour me conformer au plan que je me suis tracé.

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, t. IX, page 20.

(2) La première de ces assertions se trouve démontrée par les observations que j'ai déjà rapportées; pour ce qui concerne la seconde, elle le sera par un fait que je citerai à l'article *Ætiologie*.

Il arrive fréquemment que l'organe qui élabore la bile grossit d'une manière lente, insensible, sans cause appréciable, comme on le dit communément, et acquiert ainsi des dimensions infiniment au-dessus de celles de l'état normal. Si l'augmentation de volume ne consiste alors que dans un développement surabondant du parenchyme, sans altération de structure, il y aura ce qu'on appelle une *hypertrophie*. Si, au contraire, elle présente tous les caractères de l'*obstruction* (1), le foie sera devenu le siége de productions morbides qu'on ne pourra bien déterminer qu'après la mort. Mais, quelle que soit la nature des changements survenus dans ce viscère, on ne saurait en attribuer l'origine qu'à l'irritation ; je ne balance pas même à établir qu'ils ne sont dans ce cas que le résultat de l'irritation hépatique, qui, bien que n'étant encore qu'à son premier degré, dure depuis long-temps ou s'est renouvelé souvent. Que si l'on me demande la preuve de ces deux assertions, je répondrai qu'elles ont à peine besoin d'être démontrées pour l'hypertrophie hépatique. Quelle que soit, en effet, l'idée qu'on se forme de cet état du foie, il est impossible qu'on ne le regarde pas comme de nature sthénique, et par conséquent comme un produit de l'irritation. D'un autre côté, il est évident que, puisque la plupart des auteurs n'entendent, par le mot *hypertrophie, que le développement surabondant, mais lent, d'un tissu, sans altération de structure* (2), il est évident, dis-je, que l'augmentation de volume d'une partie n'est, dans cette circonstance, ni l'effet d'une inflammation aiguë, qui marche toujours avec rapidité, ni celui d'une phlegmasie chronique, qui n'est jamais d'une longue durée sans occasioner dans les organes parenchymateux surtout des lésions de texture plus ou moins variées. Si donc l'hypertrophie du foie ne dépend pas d'un état de surexcitation porté au degré de la phlogose, et que, néanmoins, elle soit due à l'irritation, il faudra nécessairement qu'on m'accorde qu'elle n'est qu'une forme ou plutôt qu'une terminaison du premier degré de cette dernière.

Quant aux productions diverses qui ont reçu le nom d'obstruction, il n'est guère de médecins aujourd'hui qui ne les regardent comme provenant le plus ordinairement d'une phlegmasie chronique.

(1) Les anciens médecins donnaient le nom d'obstruction du foie à l'état de ce viscère devenu très-volumineux, altéré dans sa texture et remplissant mal ses fonctions. Ces trois conditions morbides étaient attribuées par eux à l'*obstruction* des vaisseaux et des pores hépatiques. Aujourd'hui, que l'anatomie pathologique est plus avancée, nous savons qu'elles sont dues à des lésions organiques qu'on appelle *tubercules, cyrrhoses, mélanoses, squirrhe, encéphaloïde*, etc.

(2) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, t. IX, page 365.

Dans le cas qui nous occupe, les signes de l'inflammation n'ont pas existé sans doute; mais, si l'on réfléchit que, toutes les fois que l'organe qui sécrète la bile reçoit une somme d'excitation plus considérable que de coutume, et que cette excitation n'est pas cependant assez forte pour l'enflammer, il en résulte constamment un accroissement de l'action des tissus lymphatiques, absorbants, cellulaires et autres qui composent ce viscère, il ne répugnera nullement d'admettre que c'est ce surcroît de vie, qui n'est autre chose que le premier degré de l'irritation hépatique, qui produit alors une nutrition vicieuse, exagérée, et donne lieu à ces engorgements blancs, à ces dégénérescences organiques, que LAENNEC qualifie d'accidentelles et de sans analogues.

Il demeure donc prouvé que le premier degré de l'irritation hépatique est susceptible de se terminer par l'hypertrophie ou l'obstruction du foie. On m'objectera peut-être qu'il est difficile de concevoir qu'une même cause puisse avoir des résultats aussi diamétralement opposés ; mais ce fait tient uniquement à la différence des constitutions individuelles. L'expérience atteste, en effet, que les sujets sanguins, bilieux ou bilioso-sanguins, contractent plutôt une hypertrophie que des tubercules. Les obstructions surviennent de préférence, au contraire, chez les personnes qui ont beaucoup d'humeur, en qui la disposition aux scrophules est manifeste, qui, en un mot, sont douées d'un tempérament lymphatique bien prononcé.

L'hypertrophie hépatique peut être générale ou partielle. Lorsqu'elle est générale, la masse totale du foie se trouve augmentée, mais la configuration primitive de ce viscère reste la même ; lorsqu'elle est partielle, au contraire, l'augmentation de volume n'ayant lieu que dans une portion plus ou moins étendue de l'organe, la forme normale de celui-ci est plus ou moins changée. Dans l'un et l'autre cas, le parenchyme hépatique n'est nullement altéré dans sa structure ; sous un volume donné, il contient plus de parties solides, il a plus de densité : voilà tout.

Le nom d'obstruction du foie ayant été donné, comme on l'a vu dans l'avant-dernière note, à des tumeurs différentes, c'est en parlant de ces tumeurs qu'il convient de traiter de leurs caractères. Je me bornerai pour le moment à dire qu'il y a une très-grande différence entre l'hypertrophie et l'obstruction du foie : dans la première, l'organe n'a fait qu'acquérir un surcroît de vie, un développement plus considérable ; dans l'autre, son parenchyme n'offre pas seulement une augmentation de volume, il est désorganisé.

Les divers modes de terminaison de l'hépatite aiguë sont absolument ceux de toutes les autres inflammations.

La résolution a lieu pour l'ordinaire lorsque le

traitement est bien dirigé dès le début et que la maladie est légère. Elle a lieu aussi, mais très-rarement, quand les signes qu'on a regardés jusqu'à présent comme pathognomoniques de l'hépatite se sont développés, ou, en d'autres termes, quand il y a inflammation simultanée du tube digestif, du foie et du péritoine. C'est à ce dernier cas qu'il faut rapporter tout ce que les auteurs ont avancé sur le genre de terminaison qui nous occupe, parce que l'état morbide qu'ils nommaient hépatite n'est autre chose, ainsi que je l'ai démontré, qu'une gastro-hépato-péritonite. Je ne dirai pas avec eux que la résolution s'effectue alors du septième au dixième jour, parce qu'il est certain qu'elle s'opère souvent beaucoup plus tard. Je ne dirai pas non plus que les accidents qui la déterminent communément sont : une hémorrhagie nasale, le rétablissement des menstrues, un flux hémorrhoïdal, des urines abondantes, une sueur copieuse, une diarrhée modérée, lorsque la phlegmasie se borne à la partie convexe du foie ; et des déjections bilieuses, des sueurs, quelquefois même des vomissements, lorsqu'elle occupe la face concave. Outre que cette manière de voir repose sur une distinction (1) qui n'est nullement rationnelle, elle présente cela de vicieux, que les phénomènes appelés critiques, auxquels on attribue la guérison, n'en sont presque toujours que le résultat. C'est ainsi que les sueurs, les urines sédimenteuses, qu'on observe à la suite de la gastro-hépato-péritonite, ne sont en général que l'effet de la disparition subite de celle-ci : la peau était sèche, la sécrétion urinaire suspendue ou diminuée, parce que plusieurs organes enflammés s'opposaient par leur souffrance à la libre excrétion des urines et des sueurs. Ces liquides ont tout-à-coup été sécrétés en grande abondance, parce que les parties affectées sont rentrées dans l'état normal, et leur quantité dans un temps donné a dû être proportionné à la rapidité avec lequelle le retour à la santé s'est opéré. On pourrait en dire autant de l'épistaxis, du rétablissement des menstrues, du flux hémorrhoïdal, qui, le plus souvent, ne surviennent que chez les individus qui, dans l'état physiologique, les éprouvent naturellement et avec facilité. Ces derniers accidents pourtant paraissent exercer ici une influence plus marquée que les autres, et l'on ne saurait disconvenir que la résolution n'ait été quelquefois due soit à une hémorrhagie par la narine droite, soit à une perte de sang considérable par l'anus ou par la vulve.

Si l'on en jugeait par les longs articles que les pathologistes ont consacrés aux abcès du foie, on pourrait croire que ce viscère devient souvent le siége d'une collection purulente ; mais l'observation prouve que cela n'arrive que fort rarement. Quoi qu'il en soit, voici à quoi se réduisent les principales notions que nous possédons à cet égard : la suppuration s'établit en général à la face convexe, du moins ce n'est guère que dans cette circonstance qu'on peut, pendant la vie, parvenir à reconnaître qu'elle existe. Les jeunes sujets et les hommes sont plus exposés à ce mode de déterminaison que les femmes et les vieillards. Les signes qui annoncent que le travail suppuratoire a commencé sont les suivants : chaleur incommode et sentiment de pesanteur dans l'hypocondre, soif très-vive, gêne de la respiration, alternatives de sueurs et de frissons, exacerbations vers le soir, chaleur de la paume des mains, sommeil agité. Lorsque le pus se fait jour au travers des parois abdominales, la peau présente dans la région hypocondriaque droite un empâtement plus ou moins étendu, et si l'abcès est très-considérable, il peut y avoir soulèvement des côtes inférieures, ou même fluctuation appréciable au toucher. Le malade ressent des pulsations dans l'organe affecté ; il se couche difficilement sur l'un ou l'autre côté, et préfère le décubitus sur le dos. Enfin, lorsque la suppuration est profonde et très-avancée, des sueurs abondantes succèdent pour l'ordinaire aux paroxysmes nocturnes ; il se forme un épanchement d'eau dans le bas-ventre, et le membre inférieur droit se gonfle et s'œdématise. La plupart de ces symptômes offrent, comme on voit, tant d'incertitude, qu'il n'y a, à proprement parler, que l'empâtement, le soulèvement des côtes, et surtout la fluctuation, qui permettent d'annoncer positivement le mode de déterminaison qui nous occupe. On serait cependant fondé, selon moi, à diagnostiquer un abcès hépatique, si, malgré l'absence de ces trois phénomènes, tous les autres, ou du moins les principaux, se trouvaient réunis chez un individu évidemment atteint d'une hépatite aiguë.

Le pus ne se fraie pas toujours une issue au-dessous des fausses côtes, comme tout porterait à le penser d'abord : il existe des faits qui prouvent qu'il peut pénétrer au travers du diaphragme et des muscles intercostaux, et se faire jour sur les fausses côtes. D'autres fois il se pratique une route entre les muscles et la peau qui les recouvre, ou entre les muscles seulement, pour aller former un abcès par congestion à l'aisselle ou dans la région dorsale : on l'a vu alors percer le diaphragme, fuser entre ce dernier et la plèvre sus-diaphragmatique, et gagner ainsi l'une des parties que je viens de nommer, sans pénétrer dans la poitrine. Mais ces sortes de cas sont infiniment rares, et il est plus ordinaire que la matière purulente, après avoir traversé le diaphragme, s'introduise dans la cavité de la plèvre et s'y accumule. C'est pour un épanchement de cette nature que Morand fit l'opération de l'empyème, et parvint à sauver son malade. On

(1) La division de l'hépatite en superficielle et en profonde.

cite encore des exemples du passage du pus dans le parenchyme du poumon et de son expulsion par l'expectoration ; ce fait a été observé chez un médecin très-distingué de la capitale : « on tient de lui-même qu'à l'instant où l'expectoration va s'établir, le sujet éprouve absolument la même sensation que s'il avait la bouche remplie d'excréments ; les matières qui sont ensuite expectorées produisent le même effet à leur passage dans la bouche, pendant un temps assez prolongé (1). »

Ce n'est pas toujours, au reste, vers la poitrine que la suppuration se dirige en pareille occurrence : on la voit aussi se procurer une entrée dans l'intérieur de l'abdomen, ou pénétrer tantôt dans l'estomac, qui s'en débarrasse par les vomissements, tantôt dans le colon transverse, ou dans la seconde courbure du duodénum. Lorsque la collection du pus se vide dans les voies digestives, la guérison est possible ; les auteurs en citent des exemples. Mais, si l'épanchement s'effectue dans la cavité péritonéale, la mort en est en quelque sorte la suite inévitable. J'ajouterai que les abcès hépatiques ne s'ouvrent jamais soit dans la poitrine, soit dans le tube alimentaire, soit au-dessous des fausses côtes, qu'après avoir contracté des adhérences avec les tissus qui leur correspondent dans ces divers points. Cette règle n'offre qu'une seule exception : elle est relative au cas où le pus corrode le canal hépatique, et gagne par cette voie le duodénum.

Le pus des abcès du foie peut-il être résorbé, puis expulsé par l'urine, ou transporté dans l'épaisseur de la cuisse, de la jambe, ou de toute autre partie du corps? Cette opinion, généralement admise par les médecins du siècle précédent, n'a conservé que très-peu de partisans aujourd'hui. Il n'est guère possible, en effet, de croire que des collections purulentes dont le siége était évidemment dans le foie aient quelquefois disparu subitement, et surtout que le liquide qu'elles contenaient ait été résorbé et déposé en nature, sans plus ni moins, sur un autre organe. Mais une chose qui paraît mieux prouvée, c'est que l'hépatite qui n'est pas venue encore à suppuration peut se dissiper ou diminuer considérablement sous l'influence de l'irritation d'un autre organe. Ce cas est plus fréquent qu'on ne pense : souvent, lorsqu'on se félicite du soulagement qu'on a procuré au malade, on voit tout-à-coup se manifester du délire, une phlegmasie violente de l'arachnoïde et de la pulpe cérébrale se déclare, la mort a lieu. Qu'est-il arrivé alors? rien autre chose qu'un déplacement d'irritation. J'examinerai plus tard si ce déplacement dépend des sympathies que le foie enflammé a pu exciter dans le cerveau, ou s'il ne tient pas à la coexistence de la gastro-entérite, qui complique toujours l'hépatite dans cette circonstance, et qui, comme on sait, ne parvient jamais à un très-haut degré d'intensité sans déterminer une irritation plus ou moins forte de la substance encéphalique et des méninges.

L'un des effets constants de l'irritation du foie est d'appeler dans ce viscère une plus grande quantité de sang que de coutume, et la congestion qui se forme dans ce cas est d'autant plus considérable que la cause qui la produit est plus intense. C'est ainsi qu'il n'est pas rare que chez des individus morts d'une gastro-hépato-péritonite aiguë on trouve le foie très-gros et extrêmement gorgé de sang. Comme on ne peut s'empêcher alors de rapporter ces désordres à la phlegmasie aiguë du parenchyme hépatique, j'ai cru devoir les mettre au nombre des caractères anatomiques de cette dernière.

Rien n'autorise sans doute à nier la possibilité de la terminaison par gangrène de l'hépatite; mais ce fait a été admis plutôt par analogie que parce qu'on l'a réellement observé. Ce qui me porterait surtout à émettre cette opinion, c'est que les écrivains de nos jours n'en citent aucun exemple, et que nous devons nous méfier des assertions des anciens médecins anatomistes, qui s'empressaient de déclarer gangréné tout viscère dont une partie avait pris une couleur noire ou était devenue friable.

L'hépatite aiguë est susceptible encore de passer à l'état chronique, et ce mode de terminaison doit même être le plus commun : car, outre que cela arrive souvent lorsqu'on est appelé trop tard, qu'on est trop timide dans l'emploi des moyens appropriés, on l'observe surtout quand l'inflammation du foie dépend d'une lésion gastro-intestinale ou d'une irritation du péritoine, ce qui, comme je le prouverai plus bas, a presque toujours lieu. Que cette phlegmasie, au reste, soit devenue chronique de cette manière, ou qu'elle ait pris cette marche en commençant, elle peut avoir pour résultat, dans l'une et l'autre de ces circonstances, une foule d'altérations organiques sur lesquelles je ne ferai que jeter un coup d'œil rapide, parce qu'il est parfaitement inutile, selon moi, de décrire minutieusement des lésions de texture dont l'existence ne saurait être constatée qu'après la mort, et qui, fussent-elles mieux connues pendant la vie, n'en seraient pas plus susceptibles de guérison.

On a vu quelquefois des abcès à l'hypocondre droit survenir à la suite de l'hépatite chronique ; ce fait même a été observé lorsque l'organe qui sécrète la bile avait déjà subi une dégénérescence cancéreuse. La suppuration n'est donc pas exclusivement une terminaison de l'hépatite aiguë : seulement, dans ce dernier cas, la collection purulente se forme avec beaucoup de rapidité ; le liquide qu'elle contient est blanc, épais comme celui du phlegmon ; tandis que dans l'autre la tumeur ne se ramollit que fort lentement, et donne lieu à la for-

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, t. IX, page 9.

mation d'une sanie rougeâtre, semblable à de la lie de vin.

Lorsque l'hépatite chronique dure long-temps, le foie acquiert presque toujours un volume considérable, et cette augmentation peut aller jusqu'au double et même au triple de sa grosseur et de son poids. Il arrive souvent alors que cet organe passe à l'*état graisseux*, c'est-à-dire qu'il devient soit d'une couleur rouge-jaunâtre, soit d'un blanc fauve; que la section graisse l'instrument qui l'opère, et qu'un papier frotté avec un morceau de parenchyme prend l'aspect d'un papier huilé. Un foie gras a en outre une pesanteur spécifique moindre que dans l'état sain; il conserve l'empreinte du doigt qui le comprime; il a peu de consistance, et se déchire au plus léger effort.

M. Louis a rencontré la transformation graisseuse du foie sur la troisième partie des phthisiques dont il parle dans son ouvrage. Ses observations l'ont même conduit à établir que l'affection qui nous occupe existe presque uniquement chez les individus atteints de phthisie, en sorte qu'on peut, jusqu'à un certain point, la considérer comme une dépendance de cette dernière espèce de lésion.

Suivant lui, le sexe influe beaucoup sur le développement de la dégénérescence graisseuse du foie; sur quarante-neuf cas de foie gras, dix seulement étaient relatifs aux hommes.

Cet auteur se croit également autorisé à admettre que le passage du foie à l'état gras peut, dans certaines circonstances, prendre la marche aiguë. Cette proposition est fondée sur un seul fait, qui encore n'est pas concluant, car rien ne prouve que, dans le cas dont il s'agit, le foie n'était pas malade avant que l'état morbide qui occasiona la mort se manifestât.

Je n'ai pas hésité à mettre la transformation graisseuse du foie au nombre des terminaisons de l'irritation hépatique, parce que les maladies dans le cours desquelles on l'a observée jusqu'à cette époque sont des affections irritatives, et qu'il est raisonnable de penser que, dépendant d'une cause sthénique, elle doit être elle-même de nature sthénique.

Les masses adipocireuses qui se forment dans le foie n'indiquent, à mon avis, que le degré le plus élevé de l'état graisseux de ce viscère. Je sais bien qu'on pourra m'objecter que l'adipocire offre la plus grande analogie avec ce qu'on appelle *gras de cadavre*, ou, en d'autres termes, avec la nouvelle combinaison des principes qui constituaient nos tissus; mais cette circonstance ne prouve rien contre ma manière de voir : elle tient uniquement au degré d'ancienneté du mal, aux progrès plus ou moins grands qu'il a faits.

Bayle comprenait, sous le nom de tubercules du foie, la plupart des lésions de texture de cet organe qu'on appelle aujourd'hui dégénérescences ou productions pathologiques. Laennec, au contraire, les a séparées, et en a fait autant d'entités morbides particulières. C'est en cela seulement que diffèrent les deux chefs de la doctrine du fatalisme : car du reste ces médecins s'accordent à regarder les altérations de ce genre comme provenant d'un germe, ou comme se développant on ne sait comment, ce qui n'est guère plus significatif. Mon intention n'est point de faire sentir ici tout ce qu'une pareille théorie a de gratuit et d'hypothétique; mais j'examinerai, ou plutôt je me bornerai à indiquer, l'une après l'autre, les dégénérations de cette nature que le foie est susceptible d'offrir.

Les tubercules du foie consistent tantôt en des masses inégales, bosselées, d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, d'un volume variable, depuis celui d'un pois, d'une noisette, jusqu'à celui du poing; tantôt en des granulations miliaires qui peuvent exister pêle mêle avec les précédentes, mais qu'on rencontre ordinairement à la superficie du parenchyme, immédiatement au-dessous des membranes du foie.

Les tubercules hépatiques sont en général peu nombreux; dans quelques cas pourtant leur multiplicité est prodigieuse, ils sont rassemblés en grappes ou chapelet, et parfois si serrés, qu'ils s'aplatissent et se moulent les uns sur les autres. Cette dégénérescence, du reste, est beaucoup moins fréquente qu'on ne le pensait dans le siècle dernier; et quoique, après les poumons et le mésentère, le foie soit le viscère qui en est le plus souvent atteint, il est sûr qu'on ne l'y observe que fort rarement.

Les mélanoses du foie ne sont, comme celles qu'on trouve ailleurs, que des tubercules qui, chez quelques individus, et surtout chez les vieillards, ont pris une couleur noire.

« Les mélanoses, dit M. Broussais, doivent leur couleur noire tantôt à du sang altéré, tantôt à la matière noire du poumon, d'autres fois à un principe colorant qui n'est pas bien connu, mais qui se montre souvent dans les anciens foyers d'irritation qui occupent les viscères de la poitrine et du bas-ventre. Les mélanoses peuvent être composées de lymphe, de fibrine avec son cruor, de gélatine, d'albumine, quelquefois même de graisse dégénérée; enfin, l'on n'y retrouve que les formes connues de la matière animale qui compose le corps, et nous ne comprenons pas pourquoi l'on veut en faire des productions sans causes productrices appréciables (1). »

Laennec a donné le nom de cyrrhoses à des concrétions granuleuses d'un jaune roux qui sont susceptibles de se développer dans des organes autres que le foie, mais qu'on rencontre principalement dans ce dernier.

« Les cyrrhoses qui surviennent dans le parenchyme hépatique forment ordinairement, dit Laen-

(1) *Annales de la médecine physiologique.*

NEC, de petites masses dont le volume ne surpasse jamais celui d'un noyau de cerise, et quelquefois égale à peine celui d'un gros grain de millet. Ces masses sont toujours extrêmement nombreuses, et tout le tissu du foie en est parsemé. Leur petitesse fait que, lorsqu'on incise un foie dans lequel il en existe un grand nombre, son tissu paraît, au premier coup d'œil, homogène et d'une couleur jaune-fauve, assez semblable à celle qu'on nomme communément cuir de botte. Mais, si l'on examine plus attentivement le tissu hépatique, on s'aperçoit facilement qu'il est rempli d'une innombrable quantité de corpuscules assez semblables, pour l'aspect, à ces lobules de graisse durcie et roussâtre que l'on trouve communément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et de la jambe des sujets attaqués d'anasarque. Ces petites masses sont quelquefois unies très-intimement au tissu du foie; mais assez souvent elles en sont séparées par une couche mince de tissu cellulaire qui leur forme une enveloppe ténue, et alors ils se détachent assez facilement. »

Une particularité assez extraordinaire, et sur laquelle je dois insister, c'est que tout foie qui contient des cyrrhoses présente constamment une plus ou moins grande diminution de volume. Sa surface extérieure paraît en outre plissée, rugueuse, et ratatinée à peu près comme une pomme flétrie.

M. ANDRAL a avancé, dans sa *Clinique médicale*, que la lésion organique qu'on appelle cyrrhose n'est autre chose qu'une hypertrophie de la substance blanche du foie. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, qui repose elle-même sur une hypothèse, l'existence dans le foie de deux substances, l'une blanche et l'autre rouge (1); il suffit, d'ailleurs, de réfléchir que les cyrrhoses peuvent se développer dans des organes autres que le foie, pour s'apercevoir que l'opinion que je combats n'est pas admissible.

Les cyrrhoses ne diffèrent, selon moi, des tubercules que par la couleur; comme eux elles forment des masses de grosseur variée; comme eux elles existent à l'état de crudité et de ramollissement: tout porte à croire que ces deux productions morbides sont de même nature et proviennent des mêmes causes.

Le foie peut encore devenir squirrheux et passer à l'état d'encéphaloïde, qui, comme on sait, n'est que le dernier degré du cancer.

Telles sont à peu près les productions diverses qui, dans ces derniers temps, ont reçu le nom de tissus accidentels et sans analogues. J'ai cru pouvoir me dispenser de les soumettre à un examen plus approfondi, non-seulement par rapport à ce que j'ai dit, page 177, mais parce que ces sortes de lésions ont pour propriété spéciale d'être absolument identiques, quel que soit le lieu où elles aient leur siége, et que par conséquent les tubercules blancs, jaunes ou noirs, le squirrhe et l'encéphaloïde du foie, ne doivent pas présenter d'autres caractères que ceux qui se rencontrent dans les autres organes. Je n'ai pas balancé ensuite à leur attribuer une origine commune (*l'irritation*), parce que les médecins qui ne partagent pas le sentiment de M. BROUSSAIS sur ce point de pathologie semblent s'être rangés de l'avis de M. ANDRAL, qui pense 1° que les tubercules, les mélanoses et le cancer du foie sont de véritables productions nouvelles déposées par voie de sécrétion dans le parenchyme hépatique; 2° que la cyrrhose n'est autre chose qu'une hypertrophie de la substance blanche du foie (1), et que, si l'on se souvient d'ailleurs de l'explication que j'ai donnée de la manière dont toutes ces altérations organiques se forment, lorsque rien n'annonce chez les malades que le foie ou les viscères environnants sont enflammés, on m'accordera sans peine qu'il est toujours possible de démontrer que l'irritation a présidé à leur développement.

Il est une autre espèce de lésion organique qu'on ne saurait s'empêcher de regarder comme provenant des mêmes causes que les tubercules: je veux parler de l'*hydropisie enkistée* du foie. Tous les kistes, en effet, sont des membranes de nouvelle formation qui surviennent à la suite d'une inflammation évidente, ou au moins d'un commencement d'irritation. Au surplus, les collections aqueuses ou séreuses du foie sont extrêmement rares, et nous possédons si peu de données sur les phénomènes qui les distinguent pendant la vie, qu'on ne peut en reconnaître l'existence qu'à l'ouverture du cadavre.

Quant à l'hydropisie hydatique du foie, que les auteurs prétendent être beaucoup plus commune que la précédente, si l'on réfléchit *qu'il existe entre les kistes ou vésicules séreuses qui tiennent au*

(1) Tous les anatomistes ne pensent pas que le foie soit composé de deux substances; on peut même dire qu'il n'y en a que trois ou quatre qui professent cette opinion, et encore font-ils observer que les substances dont il s'agit ne sont distinctes dans l'état normal que pour celui qui les a remarquées lorsque la maladie les a rendues plus saillantes.

(1) Suivant M. ANDRAL, les tubercules sont toujours la suite d'une inflammation chronique; mais la matière tuberculeuse n'est qu'un pus d'une nature spéciale, qui, disséminé, infiltré dans les tissus ou rassemblé en foyer, se durcit par l'absorption des parties les plus ténues, jusqu'à ce qu'une recrudescence vienne le ramollir et le fondre par la sécrétion d'une matière liquide.

Quant aux mélanoses et au cancer, il les regarde également comme des produits de sécrétions morbides, mais il ajoute pour les mélanoses qu'il y a dans ce cas une sorte de dépôt du principe colorant du sang et de la fibrine tous deux dans un état particulier.

tissu cellulaire par leur surface externe et les vers hydatiques des transitions insensibles entre lesquelles il est très-difficile d'établir une démarcation tranchée (1), on sera très-porté à penser avec moi que la mole hydatique ou en grappes et les trois espèces d'acéphalocystes dont l'animalité, suivant Béclard, peut encore être révoquée en doute, appartiennent aux kistes, et ne sont par conséquent, dans le cas qui nous occupe, qu'un résultat de l'irritation hépatique. Une autre chose qui ne contribue pas peu à me confirmer dans cette opinion, c'est qu'il existe souvent une identité parfaite de symptômes et de causes occasionelles entre l'hydropisie hydatique du foie et la plupart des altérations organiques dont je viens de parler. C'est ainsi que, sur quatre individus observés à la Charité, chez lesquels le point de départ de l'affection du foie semblait avoir été également une violence extérieure, et chez lesquels il y avait eu également, au début de la maladie, douleur dans la région hépatique, le premier offrit un abcès creusé dans le parenchyme du foie; le second, des hydatides; le troisième, des masses cancéreuses; le quatrième, une diminution de volume de l'organe (2).

M. Louis parle d'un sujet chez qui le foie était devenu emphysémateux, plus léger que les poumons, et avait à peine le volume qui lui est naturel. Cet état du foie s'était-il manifesté avant ou après la mort? La dernière de ces hypothèses me paraît la plus vraisemblable. En admettant, au reste, que l'emphysème dont il s'agit se fût développé pendant la vie, ainsi que le croit M. Louis, il me semble qu'on ne saurait s'empêcher de le considérer comme le résultat d'une affection irritative : car, chez l'individu où il fut observé, tous les viscères thoraciques et abdominaux présentaient des traces de phlegmasie (3).

Il me resterait maintenant à examiner si, lorsque l'inflammation du foie ne s'est pas terminée par résolution, et que néanmoins il n'est survenu aucune des altérations qu'on observe à la suite de l'hépatite aiguë ou chronique, il est possible de juger, par la consistance et par la couleur du parenchyme, s'il y a eu ou non irritation. Mais, d'une part, la consistance normale de l'organe qui élabore la bile est très-peu connue, et tout ce qu'il est possible d'établir à ce sujet, c'est que, lorsque le parenchyme hépatique est d'une extrême friabilité, qu'il s'écrase et se réduit en pulpe sous le doigt qui le presse, l'analogie et les cas où l'on a vu cet état du foie coïncider avec tous les symptômes d'une hépatite doivent porter à admettre qu'il est le résultat d'un travail inflammatoire; de l'autre, personne n'ignore que la couleur du foie est susceptible de varier beaucoup dans l'état sain. Non-seulement elle n'est pas toujours alors, comme on le prétend, d'un rouge brun à sa surface, mais la substance hépatique, loin d'offrir constamment une teinte fauve ou jaunâtre à l'intérieur, est souvent d'une couleur brune. Or il est clair que, dans ce cas, la rougeur, signe non équivoque de l'inflammation, ne peut nullement servir à constater l'existence de cette dernière. On s'accorde en général, cependant, à regarder la couleur rouge-foncé du tissu du foie comme provenant presque toujours d'un état d'irritation. Il paraît également à peu près certain que la teinte jaune très-prononcée et la pâleur de ce même tissu coïncident le plus communément avec des altérations qui dépendent d'un travail inflammatoire. On a aussi fait mention d'une couleur bronzée de l'intérieur qui s'accompagne d'une mollesse peu ordinaire du parenchyme hépatique, et qui, pour cette raison, me paraît être le produit d'une phlegmasie chronique. Quant à cette couleur ardoisée, noirâtre, disposée par plaques uniques ou multiples, et toujours nettement circonscrites, qu'on observe principalement à la face concave du foie, et qui se rencontre beaucoup plus fréquemment que celle dont il a été question jusqu'ici, on ignore en quoi elle consiste, et quelle est l'affection qui l'occasione. « Si l'on en jugeait, dit M. Boisseau, par analogie avec des taches d'un noir plus foncé que l'on remarque, dans un plus petit nombre de cas, à la surface externe des intestins, on serait tenté de l'attribuer à l'inflammation; mais comment expliquer la singulière régularité des plaques noirâtres? Elles sont souvent triangulaires ou quadrangulaires; presque toujours elles finissent au bord tranchant, et, dans la direction opposée, une ligne droite les termine brusquement. Quel est alors l'état de la substance du foie? on l'ignore. Il est probable, cependant, que c'est d'elle que dépend particulièrement cette singulière coloration, ou, si l'on veut, décoloration, qui toujours se prolonge à l'intérieur du viscère (1). »

ÆTIOLOGIE.

Le foie est situé de manière que dans l'état naturel les corps extérieurs ne peuvent être en rapport direct avec lui. Mais cette circonstance, qui semblerait au premier abord devoir rendre l'irritation hépatique infiniment rare, n'empêche pas qu'elle ne s'observe très-fréquemment; et, pour le démon-

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 529.

(2) *Clinique médicale*, tom. IV, page 5.

(3) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, page 143.

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, t. IX, page 21.

trer, il suffit de faire remarquer que la gastro-entérite, qui est une maladie extrêmement commune, s'accompagne presque toujours d'une supersécrétion bilieuse, et que celle-ci est une preuve non équivoque que le foie se trouve surexcité.

Lorsque l'irritation hépatique est primitive, les causes qui la déterminent sont : un coup, une chute sur la région hypocondriaque droite, une plaie pénétrante dans l'abdomen, une violente secousse dans la ligne verticale du corps, telle que celle qui résulte d'une chute sur les pieds, les fesses ou les genoux.

L'hépatite fut primitive dans les observations n° 1 et n° 4 (1). Le second de ces deux faits surtout offre un intérêt d'autant plus grand que l'inflammation de l'appareil biliaire se montra seule exempte de complication, pendant six ou sept jours, et qu'on put, en quelque sorte, suivre de l'œil la marche que la nature prend en pareille occurrence.

Il arrive quelquefois que, sous l'influence d'un obstacle à la circulation situé dans la poitrine ou dans la cavité abdominale, le sang se ramasse dans l'organe qui sécrète la bile et le distend outre mesure. La congestion alors est toute mécanique; mais on sent facilement que, si cette congestion persiste ou se réitère souvent, elle peut devenir une cause d'inflammation pour le tissu où elle a son siége. L'hépatite dans ce cas doit-elle être regardée comme idiopathique ? Quelques personnes s'étonneront peut-être que je réponde par l'affirmative. Mais je ferai observer que le seul moyen de s'entendre en ætiologie est de ne considérer une affection morbide comme consécutive à une autre que lorsque cette dernière l'a produite directement. Or ce n'est pas l'obstacle à la circulation qui ici a occasioné, à proprement parler, l'hépatite, mais bien le sang, qui, accumulé dans le foie, est devenu par sa présence une cause de stimulation pour ce viscère : la cause immédiate du mal résidait dans le parenchyme hépatique lui-même. Il n'y a donc rien d'extraordinaire que j'établisse que l'hépatite qui se développe de cette manière est idiopathique.

L'irritation hépatite consécutive résulte constamment d'une gastro-entérite ou d'une inflammation du péritoine.

L'affection de l'appareil biliaire qui survint chez le jeune homme dont j'ai tracé l'histoire, pag. 167, eut évidemment pour cause immédiate la phlogose du tissu péritonéal. Pour ce qui est des cas où l'irritation du foie dépend d'une phlegmasie du tube digestif, en voici deux dans lesquels la gastro-entérite occasiona non-seulement une supersécrétion bilieuse, mais encore une partie des signes qu'on a regardés jusqu'ici comme pathognomoniques de l'hépatite.

(1) Voyez ci-dessus ces obs.

OBSERVATION N° 5.

Je fus appelé en consultation, le 10 mars 1822, pour un riche propriétaire des environs d'une ville où j'exerçais alors. Cet individu, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament bilieux et fortement constitué, n'avait, à ce qu'il paraît, dans le principe, qu'un embarras gastrique; mais un vomitif qu'il avait pris trois jours avant celui de la consultation avait considérablement exaspéré les accidents; il présentait, lorsque je le vis pour la première fois, les symptômes suivants : céphalalgie, bouche amère, langue rouge sur ses bords et à sa pointe, et couverte à son milieu d'un enduit jaune-verdâtre, soif très-vive, peau sèche et brûlante, douleur à l'épigastre, pouls dur, fréquent et serré, constipation, urines foncées en couleur. Mon opinion fut que la maladie était une gastro-entérite aiguë, qu'il fallait se hâter de combattre par les sangsues à l'épigastre, la diète, les lavements, les boissons acidulées et mucilagineuses. Le chirurgien ordinaire et deux autres médecins qui avaient été appelés en même temps que moi opinèrent, au contraire, pour l'emploi d'un second vomitif, et comme j'étais seul de mon avis, il fut décidé qu'on administrerait sur-le-champ deux grains de tartrate de potasse antimonié. Ce remède détermina d'abondantes évacuations bilieuses par haut et par bas; mais l'irritation, au lieu de diminuer, augmenta. Le lendemain l'hypocondre droit était devenu tendu et très-douloureux au toucher, et le décubitus sur ce côté était impossible. Je fis remarquer les mauvais effets de l'émétique, mais je ne fus pas plus heureux que la veille, et mes confrères, qui ne voyaient que des humeurs à évacuer, crurent devoir prescrire un purgatif. Je ne revis plus le malade depuis cette époque, mais je sais qu'il mourut quatorze jours après. Je sais aussi que le cadavre fut ouvert, qu'on trouva des traces évidentes d'inflammation dans les voies digestives, que le foie était gorgé de sang et très-volumineux, et que le péritoine sus-hépatique non-seulement était rouge, mais avait contracté des adhérences dans plusieurs points de son étendue avec les parties voisines.

OBSERVATION N° 6.

M. de C.... fut atteint de coliques violentes, le 20 avril 1826, pendant le traitement d'une uréthrite aiguë pour laquelle on avait fait plusieurs évacuations sanguines, employé le régime végétal et les boissons émollientes : il en était résulté un dérangement des organes digestifs, la langue était chargée, il était constipé, tout annonçait un commencement d'irritation dans ces organes. La température s'étant refroidie subitement, il en ressentit les effets : il mangea une soupe maigre et des poires cuites, il se coucha, eut beaucoup de peine

à se réchauffer, et vers dix heures du soir il fut subitement atteint de coliques qui augmentèrent tellement qu'il m'envoya chercher au milieu de la nuit. Je le trouvai si souffrant qu'il se roulait sur le plancher ; il avait vomi les derniers aliments qu'il avait mangés ; l'épigastre était douloureux quand on le comprimait ; la douleur qu'il y ressentait semblait se propager vers les lombes ; le pouls était long et serré, la langue sèche ; il ne faisait point de vents par en bas, tandis qu'il avait de fréquentes éructations ; les selles étaient supprimées. Il s'appliqua d'abord quelques linges chauds sur l'épigastre. A mon arrivée, je prescrivis une potion huileuse et un lavement. Celui-ci, dit le malade, semblait faire remonter la douleur ; quant à la potion huileuse, il la rendit presque de suite par le vomissement. J'espérais peu de ce médicament, que je n'avais donné que sur la demande du malade, qui l'avait vu administrer en pareille occasion. Jugeant bien qu'un tel état ne pouvait exister sans irritation, je fis mettre vingt sangsues sur le point douloureux. Aussitôt après leur chute, le malade se mit dans un bain tiède. Mais ces moyens n'apportèrent aucun soulagement : il souffrait extraordinairement, il ne put rester qu'un instant dans le bain, il vomit à plusieurs reprises de la bile porracée, les coliques augmentaient de plus en plus, il était dans une angoisse inexprimable ; les potions antispasmodiques, au lieu de calmer, paraissaient au contraire accroître la douleur. M. Capiaumon, chirurgien-major de l'école d'artillerie de Metz, vient le voir : il fut, ainsi que moi, d'avis de réitérer l'application des sangsues. Mais le malade s'y étant refusé, nous témoignâmes le désir de consulter M. Rampou, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de cette ville. Il porta le même jugement que nous sur cette maladie, et, comme nous, il conseilla une nouvelle application de sangsues et l'emploi des bains. Tout cela fut exécuté, mais il n'en résulta qu'un léger amendement des symptômes précités. Les vomissements et les coliques se renouvelaient moins fréquemment, le malade avait quelques instants de calme ; mais quand ces accidents avaient fini, il souffrait tout autant ; le pouls est toujours lent et serré, les traits de la face décomposés ; tout exprime une profonde douleur ; bientôt l'hypocondre droit devient douloureux quand on le comprime ; le foie semble dépasser les fausses côtes. Nous nous décidons à faire une forte saignée du bras : à peine le sang commence-t-il à couler de la veine que le malade se sent soulagé ; les envies de vomir et les coliques cessent, la chaleur se rétablit dans toutes les parties, la peau se couvre de sueur, il repose dans la nuit.

« Le 28, il s'est opéré une vive réaction : chaleur halitueuse ; pouls plein, accéléré, très-développé ; légère céphalalgie ; langue chargée, épaisse; soif; l'urine couleur de bière ; point de douleur à l'hypocondre, tandis que la pression de l'épigastre en fait ressentir une assez sensible.

» Le 29, tous les symptômes de la veille ont diminué ; le malade ne souffre nulle part, quoiqu'il n'ait point reposé dans la nuit.

» Le 30, rétablissement complet : il demande à manger. L'uréthrite, loin d'avoir été supprimée, s'est au contraire exaspérée (1). »

Les deux malades dont il s'agit ici furent réellement atteints d'une phlegmasie du foie, et cette dernière dut s'élever même à un assez haut degré d'intensité, puisqu'on observa une partie des symptômes que les auteurs ont regardés comme pathognomoniques de l'hépatite.

Je réduis, comme on voit, à un bien petit nombre de causes l'ætiologie de l'irritation du foie ; et l'on m'objectera peut-être que les pathologistes qui n'avaient connu cette irritation que lorsqu'elle constitue une inflammation plus ou moins forte en admettaient une foule d'autres ; mais pour peu qu'on se donne la peine de méditer ce qu'ils nous ont transmis à ce sujet, on ne tardera pas à acquérir la certitude que toutes les causes que je n'ai pas nommées et dont ils font mention n'agissent qu'en provoquant soit une phlogose de la portion du péritoine qui correspond à l'appareil biliaire, soit une gastro-entérite, et que par conséquent on n'est nullement fondé à les comprendre parmi les causes de l'irritation hépatique.

La plupart des auteurs, par exemple, ont avancé que l'habitation sous un ciel brûlant est une des conditions qui contribuent le plus au développement des maladies du foie. La vérité est que ces affections sont très-communes dans certaines contrées, telles que l'Égypte, les Indes orientales ; mais si ce fait a lieu, ce n'est pas parce que la chaleur modifie directement l'organe qui sécrète la bile. L'effet le plus ordinaire d'une température élevée est de rendre les voies digestives très-excitables et de disposer éminemment aux irritations gastro-intestinales. Ces irritations, une fois déclarées, se propagent aux tissus voisins : voilà la raison de la fréquence de l'hépatite dans les pays chauds.

M. Portal a remarqué que les grands mangeurs ont généralement le foie plus gros que les autres personnes. Ce médecin aurait dû ajouter que l'augmentation de volume, dans ces cas, tient ou à l'existence de la gastro-duodénite, qui, comme on sait, s'observe souvent chez les individus qui mangent beaucoup, ou à ce que les organes digestifs, se trouvant alors continuellement en exercice et continuellement stimulés, transmettent au foie une somme d'excitation plus forte que de coutume,

(1) Cette observation est de M. Bobilier, docteur en médecine, et a été extraite du *Journal universel des sciences médicales*, cahier 126, page 355.

ce qui à la longue suffit pour déterminer l'hypertrophie ou l'obstruction de ce viscère.

L'organe qui sécrète la bile ne devient quelquefois plus volumineux chez les sujets atteints de scrophules ou d'affections vénériennes que parce que ces deux états morbides coïncident, dans une infinité de cas, avec une irritation de la muqueuse gastrique, qui elle-même tient alors soit aux progrès naturels du mal, soit aux moyens qu'on emploie pour le combattre (1).

C'est par un mécanisme absolument semblable que le parenchyme hépatique acquiert fréquemment un développement considérable dans les fièvres intermittentes. Ces dernières n'étant très-souvent, en effet, que des gastro-entérites périodiques, on conçoit facilement que, lorsqu'elles durent fort long-temps, ou que, par l'usage intempestif ou l'abus du quinquina, on leur donne une nouvelle intensité, elles peuvent se propager au foie et en déterminer l'hypertrophie ou l'obstruction.

Les viandes noires ou grasses, rôties ou assaisonnées par l'art dangereux de nos cuisiniers; les assaisonnements chauds (poivre, piment, girofle, etc.), les vins généreux, les liqueurs spiritueuses, les vomitifs et les purgatifs employés d'une manière peu méthodique; tous les agents connus, en un mot, sous la dénomination de stimulants, portent leur première action sur l'estomac et le duodénum. Ce n'est jamais que lorsqu'ils ont produit une gastro-entérite, ou, si l'on veut, une gastro-duodénite, et que celle-ci s'est transmise par les canaux biliaires (2) au foie, que les signes de l'irritation hépatique se déclarent.

Ces affections de l'appareil biliaire ne sont si communes chez les personnes qui mènent une vie sédentaire ou qui se livrent aux travaux du cabinet que parce que la digestion se fait ordinairement mal quand elle n'est pas aidée par l'exercice, ou que l'esprit se trouve dans un état habituel de contention.

Le refroidissement par l'exposition à un courant d'air ou l'immersion d'une partie ou de la totalité du corps dans l'eau froide, la répercussion d'un exanthème, de la goutte ou du rhumatisme, sont susceptibles aussi, dit-on, d'occasioner l'hépatite. Cette proposition ne me paraît pas plus fondée que les précédentes. Lorsque l'inflammation du foie survient à la suite de la suppression subite de la perspiration cutanée, de la disparition d'un exanthème, etc., ces causes, loin de modifier directement le parenchyme hépatique, commencent toujours par provoquer soit une gastro-entérite, soit une péritonite, suivant que le sujet est prédisposé à l'une ou à l'autre de ces maladies par l'état de l'atmosphère, son régime, ses habitudes, sa constitution. Une chose qui déjà milite beaucoup en faveur de l'opinion que j'émets ici, c'est que le péritoine et la muqueuse gastro-intestinale sont dans un rapport d'alternative avec la peau et peuvent devenir supplémentaires de celle-ci, tandis qu'il n'existe aucune sympathie, bien connue du moins, entre le système dermoïde et l'appareil biliaire; mais, ce qui ne permet pas d'hésiter à la considérer comme la seule qui puisse être admise dans l'état actuel de la science, ce sont les faits que je vais rapporter.

OBSERVATION N° 7.

Un jeune homme âgé de vingt et un ans, d'un tempérament bilieux et d'une grande mobilité nerveuse, se baigna par un temps assez froid dans une rivière qui coule près de la campagne qu'il habitait non loin de Bordeaux. Au sortir de l'eau, il éprouva des frissons, des anxiétés, et une douleur à la région du foie, qui, d'abord légère, fut en augmentant, au point que le soir elle était très-aiguë et gênait beaucoup la respiration. Le lendemain le pouls était dur et plein, la langue jaune, la bouche amère; la douleur de l'hypocondre droit surtout avait pris un caractère plus intense, et le décubitus sur ce côté était impossible. Cette affection morbide fut traitée par les antiphlogistiques, mais d'une manière trop timide, selon moi, et c'est ce qui fit qu'elle passa à l'état chronique. Le malade ne tarda pas à se trouver en proie à une fièvre lente qui redoublait régulièrement tous les soirs; le teint devint jaune, l'épigastre douloureux, la respiration difficile et accompagnée d'une toux sèche. Plus tard, l'hypocondre droit se tuméfia; lorsqu'on pressait cette partie, on sentait que le foie était dur, inégal à la surface, et dépassait de beaucoup les fausses côtes. La mort eut lieu l'année dernière, vers la fin du printemps, après neuf ou dix mois de souffrances. On ne fit point l'autopsie.

(1) Ce que j'avance ici relativement aux personnes qui sont affectées des écrouelles ou de la syphilis mériterait, à raison de sa nouveauté et de son importance, d'être appuyé par des faits, et je n'en cite aucun. Mais j'invite le lecteur à consulter, dans le *Traité des maladies du foie*, par M. Portal, l'article intitulé *De l'état du foie par vice scrophuleux*, et celui qui a trait aux altérations hépatiques qui paraissent survenir à la suite de la vérole. Dans le premier, comme dans le second de ces articles, la plupart des observations que M. Portal a recueillies lui-même, et qui, sous ce rapport, n'en ont que plus de droit à notre confiance, prouvent que ce n'est presque toujours qu'après que les signes d'une lésion gastrique ont paru que l'organe qui élabore la bile s'enflamme et se désorganise.

(2) Et quelquefois aussi par les veines qui naissent à la surface de la membrane muqueuse intestinale, et se continuent en s'anastomosant avec les petites veines mésaraïques, qui, à leur tour, vont aboutir au tronc de la veine porte. M. Ribes a le premier émis cette opinion, qui me paraît très-vraisemblable.

L'organe qui fut le premier affecté, dans ce cas, fut évidemment le péritoine : car j'ai prouvé, comme on sait, que les douleurs aiguës de l'hypocondre appartiennent à la péritonite. Ce ne fut qu'après, et sous l'influence de cette dernière, que le foie devint malade. La cause de l'hépatite dont il s'agit ne fut donc pas, à proprement parler, l'immersion dans l'eau, mais bien la péritonite qui résulta immédiatement de l'impression subite du froid sur la peau.

OBSERVATION N° 8.

Une femme âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant été se baigner, le 12 juillet 1821, dans le Drot, petite rivière du département de Lot-et-Garonne, éprouva pendant la nuit des envies de vomir continuelles, une chaleur insupportable dans tout le corps, et des angoisses inexprimables. Le lendemain et les deux ou trois jours suivants, ces symptômes devinrent plus prononcés, des vomissements fréquents eurent lieu, une fièvre violente se déclara. Le traitement que son médecin lui prescrivit la soulagea promptement; mais sa guérison ne fut pas complète; elle ne recouvra pas sa fraîcheur habituelle, et il lui resta un sentiment de pesanteur et d'anxiété dans la région épigastrique, qui se manifestait principalement un peu avant le repas et pendant le travail de la digestion. Cet état de choses dura à peu près quatre mois. Au bout de ce temps, et sans cause appréciable, l'appétit disparut entièrement; les nausées, les vomissements et la fièvre se renouvelèrent. On combattit ces accidents de la même manière que la première fois, mais avec moins de succès. Les digestions ne se firent plus qu'avec peine, une fièvre lente se déclara, et l'embonpoint commença à diminuer à vue d'œil. Deux ou trois mois après, une nouvelle recrudescence étant survenue, je fus appelé en consultation. Je trouvai la malade dans un état de maigreur extraordinaire; l'estomac ne pouvait supporter aucun aliment solide; la langue était rouge et sèche, la peau brûlante, le pouls petit et très-fréquent. Une circonstance qui me frappa surtout, et qui n'avait pas fixé l'attention de mon collègue, c'est que l'hypocondre droit était bombé et douloureux : lorsqu'on comprimait cette partie, on sentait que la tuméfaction était produite par le foie, qui avait acquis des dimensions considérables et qui était devenu extrêmement dur.

Cette femme mourut. Les parents ne voulurent pas permettre qu'on en fît l'ouverture; mais je ne crois pas qu'on puisse douter, d'après ce que je viens de dire, qu'il n'y eût chez elle une lésion de l'appareil biliaire; je ne crois pas non plus qu'il soit possible d'admettre que cette dernière fût le résultat immédiat de l'immersion dans l'eau, car les premiers symptômes qu'on remarqua furent ceux de la gastro-entérite. Cette observation prouve donc, comme la précédente, que l'action du froid ne produit pas directement l'hépatite.

OBSERVATION N° 9.

Une couturière âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, fit disparaître très-promptement une gale ancienne dont elle était atteinte. Peu de jours après, une diarrhée légère, accompagnée de coliques et de ténesmes, se déclara. A ces accidents se joignirent bientôt une douleur à l'épigastre, des envies de vomir et la perte totale de l'appétit. Le chirurgien de la malade vit dans ces symptômes l'indication d'un vomitif, et l'administra. L'effet de cet émétique n'ayant pas répondu à son attente, il en fit prendre un second, après quoi il ordonna plusieurs purgatifs pour achever, disait-il, de nettoyer les premières et les secondes voies. Ce traitement n'amena aucun changement favorable : la diarrhée et les coliques persistèrent, la sensibilité de la région épigastrique augmenta, et le dégoût pour les aliments fut porté au point que leur aspect seul suffisait pour occasioner des soulèvements d'estomac. Les parents, voyant que leur fille ne guérissait pas, s'adressèrent à un médecin du voisinage, qui, se fondant sur ce que les règles n'avaient pas reparu depuis 2 mois, crut devoir recourir aux emménagogues et en prescrire de toutes les espèces et sous toutes les formes. L'usage de cette médication nouvelle dura trois mois, et les résultats n'en furent nullement avantageux. Sous son influence, au contraire, les choses prirent une marche beaucoup plus fâcheuse : la maigreur devint extrême, la peau se colora en jaune, des vomissements eurent lieu d'espace en espace; chaque jour, en outre, une petite fièvre se manifestait vers le soir et durait une partie de la nuit. Tel était l'état de la malade lorsqu'elle témoigna le désir de me consulter. Mon premier soin, en arrivant auprès d'elle, fut de palper le bas-ventre, et comme toutes les apparences extérieures me l'avaient fait présumer déjà, j'acquis la certitude qu'il y avait une lésion du foie : ce viscère était si volumineux qu'il débordait de trois ou quatre doigts les fausses côtes, et que l'hypochondre droit en était soulevé. Cette jeune personne périt dans le marasme le plus complet. Le cadavre ne fut point ouvert.

Il est évident que dans ce cas la répercussion de la gale détermina une irritation qui, d'abord fixée sur les intestins, s'étendit bientôt à l'estomac. Cette irritation, traitée d'une manière peu convenable, se propagea au parenchyme hépatique. Chez un individu qui eût été plus prédisposé aux affections du péritoine qu'à celles de la membrane muqueuse gastro-intestinale, la disparition de l'éruption psorique aurait produit de préférence une

irritation du tissu péritonéal; mais elle n'aurait, pas plus dans cette circonstance que dans l'autre, agi immédiatement sur le foie.

L'hépatite qu'on dit être produite par la rétrocession de la goutte ou du rhumatisme ne se développe pas d'une manière différente; le péritoine ou les voies digestives sont toujours alors les premiers enflammés : ce n'est qu'après, et par suite de l'irritation de l'un ou de l'autre de ces deux organes, que celui qui élabore la bile devient malade.

On a mis également au nombre des causes de l'hépatite l'inflammation du tissu cellulaire de l'abdomen et celle de la plèvre. L'observation n° 3 (1) prouve que, lorsque les parois du bas-ventre sont enflammées, l'organe auquel l'irritation commence par se communiquer est la membrane péritonéale. Pour ce qui concerne la pleurésie, le fait suivant suffira pour mettre hors de doute que c'est encore par l'intermédiaire du péritoine que l'hépatite survient en pareille occurrence.

OBSERVATION N° 10.

Je fus invité, en mars 1820, à soigner, conjointement avec un autre médecin, un jeune homme robuste et d'un tempérament bilioso-sanguin. Cet individu présentait tous les signes d'une phlegmasie très-intense de la plèvre et du poumon droits : le symptôme prédominant avait été dans le principe une douleur située au-dessous du sein, et tellement aiguë que, dès le second jour, la respiration ne se faisait plus du côté affecté que par le moyen du diaphragme. A l'époque où nous fûmes convoqués, l'inflammation avait envahi ce muscle, et la dilatation de la poitrine était en quelque sorte nulle à droite. Le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, le poumon, la plèvre et le diaphragme offrirent des traces évidentes d'irritation. Mais ce à quoi nous ne nous attendions pas, mon collègue et moi, c'est que le foie en offrait aussi : il était d'un rouge foncé, beaucoup plus gros que de coutume, et la membrane séreuse avait contracté de nombreuses adhérences avec les tissus ambiants.

L'affection qui, chez le sujet dont il s'agit ici, se développa la première, et occasiona la mort, fut évidemment une pleuro-péripneumonie, puisqu'on n'observa pendant la vie que les symptômes de cette phlegmasie : l'irritation débuta par la plèvre costale et le poumon; de là, elle se propagea au diaphragme et au péritoine diaphragmatique ; celui-ci la transmit en définitive à l'appareil biliaire. La cause immédiate de l'hépatite dans cette circonstance fut donc la péritonite.

On a déjà vu que M. Louis avait été conduit par une suite d'observations bien circonstanciées à établir *que la transformation graisseuse du foie existe presque uniquement chez les individus atteints de phthisie, en sorte qu'on peut jusqu'à un certain point la considérer comme une dépendance de cette dernière espèce de lésion.* Cette proposition est sans doute trop générale, et les faits qui prouvent que l'état gras du foie peut se développer sous l'influence d'une maladie autre que la phthisie sont beaucoup plus nombreux que ne le prétend M. Louis. Mais, ce qui me paraît certain, c'est que, lorsque la dégénérescence qui nous occupe se forme chez les phthisiques, ce fait a lieu parce que l'irritation des voies aériennes s'est communiquée au péritoine diaphragmatique, et de là au foie. On m'objectera peut-être que la phthisie n'est point une affection irritative ; mais je répliquerai à cela que la plupart des médecins aujourd'hui regardent les mots *phthisie* et *pneumonie chronique* comme synonymes. En supposant, au surplus, qu'une pareille manière de voir ne fût pas admissible, on ne saurait me refuser qu'il se déclare constamment dans le cours de la phthisie des inflammations plus ou moins étendues de la plèvre. Eh bien, ce sont ces inflammations qui, quoique peu prononcées, se transmettent au péritoine et au parenchyme hépatique.

Les excès d'étude, les passions violentes, les chagrins profonds, les accès de colère, l'insolation, n'agissent pas non plus directement sur le foie. Toutes ces causes commencent par produire une irritation du cerveau et de ses membranes; celle-ci, lorsqu'elle est intense ou qu'elle dure long-temps, se transmet à la muqueuse gastro-intestinale. On peut m'opposer, je le sais, qu'il est difficile de concilier avec cette théorie les cas où la jaunisse se développe instantanément sous l'influence d'une émotion morale vive. Mais ces sortes de cas, selon moi, ne font pas exception à la règle que j'établis, et il résulte évidemment de ce que je dirai plus loin que l'état du foie qui produit l'ictéricie spasmodique reconnaît pour cause prochaine une lésion gastro-intestinale, qui, elle-même, est survenue immédiatement après une émotion morale vive, telle qu'une grande frayeur, un accès de colère, etc.

C'est encore par un mécanisme analogue que l'hépatite se développe à la suite des plaies de tête. Toutes les fois qu'il n'y a pas eu alors lésion concomitante de l'organe qui élabore la bile et de l'encéphale, l'irritation de celui-ci ne se communique au parenchyme hépatique que par l'intermédiaire du tube alimentaire. Il m'eût été facile de citer une foule de faits pratiques à l'appui de cette proposition, mais comme dans tous les cas où l'encéphalite traumatique se trouve compliquée avec une altération de l'appareil biliaire les choses se passent de la même manière que dans l'une ou dans l'autre des deux observations suivantes, j'ai cru que je pouvais me dispenser d'en rapporter un plus grand nombre.

(1) Voyez page 167.

OBSERVATION N° 11.

M. B...., officier en retraite, âgé d'environ quarante-cinq ans, était depuis long-temps livré à la crapule la plus dégoûtante. Plusieurs fois j'avais eu occasion de le voir à l'hôpital de la marine, où souvent on l'apportait gorgé de vin et d'eau-de-vie, couvert de contusions et de meurtrissures.

Le 1er juillet 1823, à dix heures du soir, chassé d'un cabaret où il avait déposé les restes de sa raison, il se rendit dans sa chambre au deuxième étage, d'où il tomba ou se jeta par la fenêtre. La tête frappa fortement contre un balcon en fer du premier étage, et il retomba ensuite jusqu'à terre, ayant fait une chute de trente-cinq pieds. Apporté à l'hôpital à onze heures du soir, dans un état complet d'ivresse, il fut soumis à l'examen le plus attentif. On trouva aux téguments craniens, vis-à-vis la portion temporale droite du frontal, une plaie d'environ un pouce de longueur, et par laquelle sortait une assez grande quantité de sang artériel. Le voisinage de l'artère temporale moyenne fit penser que l'hémorrhagie pouvait être due à sa rupture : une incision de deux pouces, à partir de l'angle intérieur et interne de la plaie, mit à découvert deux branches artérielles qui furent liées aussitôt. On fit un pansement simple, et on appliqua le bandage.

Le pouls était assez élevé au moment de l'entrée du malade ; on lui pratiqua une saignée d'environ dix onces. Du reste, tous les symptômes de l'épanchement et de la fracture existaient. Large ecchymose autour de l'œil droit ; écoulement de sang par les narines, les oreilles et la bouche ; deux bosses énormes sur le front ; coma profond ; respiration précipitée et stertoreuse. Ces symptômes firent pronostiquer une mort prochaine, qui arriva, en effet, un quart d'heure après le pansement, pendant lequel on sentait une dépression graduelle du pouls.

AUTOPSIE.

Habitude extérieure.

Sujet musclé; face violacée et recouverte encore en partie de sang coagulé; ecchymose de l'œil droit; plaies des téguments du crâne de trois pouces d'étendue ; bosse avec épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané du côté gauche de la tête seulement ; traces de contusions sur le côté droit de la poitrine.

Tête.

Fracture considérable du frontal, depuis la ligne médiane jusqu'à sa suture avec le pariétal droit et l'aile du sphénoïde ; une seconde fracture, perpendiculaire à la précédente, part de la bosse pariétale droite, croise la première à angle aigu, traverse les voûtes orbitaires droite et gauche, longe l'éthmoïde du côté gauche, coupe le corps du sphénoïde, et se termine aux apophyses clinoïdes entièrement séparées de l'os auquel elles appartiennent. De cette disposition résultent deux éclats du frontal, qui, enlevés, laissent la dure-mère à découvert dans une étendue de deux pouces carrés, et déchirée près de la voûte orbitaire droite, et non loin de l'apophyse crista-galli. Enfin, une troisième fracture, moins considérable que les deux autres, se dirige obliquement en dehors et en bas, divise l'arcade sourcilière droite à sa partie externe, et se perd sur l'aile du sphénoïde et la face antérieure du rocher du même côté. L'encéphale, dont les vaisseaux sont fortement injectés, présente un affaissement considérable et un épanchement de sang dans les ventricules.

Poitrine.

Épanchement de sang dans la cavité droite de la plèvre, poumon droit déchiré dans plusieurs points, quoique sain du reste.

Abdomen.

Colon boursouflé, estomac distendu, foie de couleur pâle; épanchement de sang dans la cavité abdominale, provenant sans doute de déchirures assez étendues que le foie présente dans ses lobes principal et moyen. L'estomac est plein de liquide, qu'à sa couleur et son odeur on reconnaît pour du vin mêlé à de l'eau-de-vie. Une plaque rougeâtre d'un pouce et demi de diamètre s'observe au fond du grand cul-de-sac. Les autres viscères abdominaux n'offrent rien de particulier (1).

OBSERVATION N° 12.

Un soldat âgé de trente ans, et d'une forte constitution, reçut deux coups de sabre : l'un avait porté sur le masséter et la glande parotide du côté gauche; l'autre avait été tellement dirigé que la table externe du coronal était divisée dans l'étendue de deux pouces. La plaie et les symptômes n'offrirent rien de particulier les premiers jours; mais, le huitième jour, vomissement bilieux, et les jours suivants augmentation de la fièvre avec un enduit jaunâtre de la langue ; la suppuration se supprima, et le malade mourut le vingt-cinquième jour de sa blessure. A l'ouverture du corps, on trouva le foie parsemé de petites ulcérations et recouvert dans toute son étendue d'une légère couche de matière

(1) Cette observation est de M. Bouyer, officier de santé de la marine, à Rochefort, et a été extraite du *Journal médical de la Gironde*, tome IV, page 391.

purulente jaunâtre. (*Journal de* DESAULT, tome 2, page 11.)

L'affection du parenchyme hépatique qu'on rencontre chez M. B.... fut évidemment indépendante de celle de la tête : il est incontestable, en effet, que la cause qui produisit dans ce cas la fracture du crâne détermina également une violente commotion du foie ; ce viscère était déchiré. Jamais certes l'encéphalite n'a occasioné de semblables désordres ; la mort arriva trop promptement, d'ailleurs, pour que la pulpe cérébrale eût eu le temps de s'enflammer et de faire participer à son état de souffrance d'autres tissus.

Pour ce qui concerne le soldat dont parle DESAULT, il y eut véritablement chez lui hépatite, et le développement de cette phlegmasie fut postérieur à celui de l'encéphalite. Mais on ne saurait me refuser que dans cette circonstance le premier organe auquel l'irritation du cerveau se transmit fut la membrane muqueuse digestive, car on ne remarqua dans le principe que les phénomènes qui résultent pour l'ordinaire des blessures du genre de celle dont il s'agit ici, et quand les accidents parurent s'aggraver, les symptômes qui se manifestèrent furent ceux de la gastro-entérite.

Ces deux observations confirment pleinement, comme on voit, l'opinion que je viens d'émettre : la seule conséquence qu'on puisse en tirer, c'est que, lorsqu'il n'y a pas eu dans les plaies de tête lésion concomitante de l'appareil biliaire et du cerveau, et que néanmoins l'hépatite se déclare, cette dernière dépend immédiatement de la gastro-entérite qui la précède toujours en pareille occurrence.

On me demandera peut-être pourquoi la céphalite non traumatique s'accompagne si rarement d'abcès au foie. Cette différence tient, selon moi, à celle des causes. Lorsque l'inflammation du cerveau survient à la suite d'un coup, d'une chute, etc., elle est plus intense, les sympathies qu'elle excite sont plus nombreuses et plus énergiques. Ajoutez à cela qu'elle coexiste le plus communément alors avec une fracture du crâne ou une plaie plus ou moins contuse des parties molles qui recouvrent cette boîte osseuse, et vous n'aurez pas de peine à concevoir pourquoi les abcès hépatiques s'observent plus souvent dans l'encéphalite traumatique que dans celle qui ne l'est pas.

Il demeure donc démontré que, parmi les causes que les auteurs ont assignées à l'hépatite, il n'y a que celles que j'admets qui la produisent réellement. Toutes les autres appartiennent à la gastro-entérite ou à la péritonite, et ne doivent pas par conséquent être mises au nombre des causes de l'irritation hépatique. Que si l'on m'objecte que, dès le moment que j'ai établi que, lorsque la maladie qui nous occupe ne provient pas d'une contusion ou d'une solution de continuité, elle dépend toujours d'une phlegmasie gastro-intestinale ou d'une phlogose du péritoine, je ne saurais m'empêcher de regarder les circonstances qui peuvent donner lieu à ces deux dernières affections comme prédisposant au moins à la première, je répliquerai que cela n'offrirait pas d'inconvénient, si l'on se pénétrait bien que ces circonstances ne modifient pas directement le foie, ou, en d'autres termes, ne le modifient que par le moyen d'une irritation étrangère à cet organe. Mais l'opinion que je combats présente ce vice fondamental que les personnes qui l'ont professée jusqu'ici, ne tenant aucun compte de l'inflammation préexistante des voies digestives ou de la membrane séreuse du bas-ventre, n'ont vu que l'hépatite, c'est-à-dire qu'un résultat, et n'ont dirigé leurs efforts que contre ce résultat. Voilà pourquoi j'ai pensé qu'il était préférable de poser simplement en principe que l'irritation hépatique qui n'est pas primitive reconnaît exclusivement pour cause une gastro-entérite ou une péritonite. En procédant ainsi, on va droit au but ; on ne risque pas surtout d'errer sur la nature et l'origine du mal.

J'ajouterai que, les choses qui agissent en excitant primitivement le tissu du foie étant infiniment moins nombreuses que celles qui commencent par produire une inflammation de l'estomac ou du péritoine, l'irritation hépatique doit être bien plus souvent consécutive qu'idiopathique. On ne me peut refuser encore que, la gastro-entérite étant beaucoup plus fréquente que la péritonite, l'irritation du foie doit être beaucoup plus souvent le résultat du premier que du second de ces états morbides. Ces deux propositions nous conduisent naturellement à celle-ci : *La cause la plus commune de l'irritation hépatique est la gastro-entérite.*

L'inflammation primitive du foie revêt pour l'ordinaire le caractère de l'acuité.

L'hépatite consécutive, au contraire, prend en général la marche chronique à son début, ou, si elle est aiguë en commençant, elle passe fréquemment à l'état chronique.

Doit-on considérer l'hépatite comme pouvant occasioner directement l'inflammation du cerveau ? Je ne le pense pas, et je me fonde sur ce que l'observation n° 1 prouve sans réplique que l'encéphalite qui survient pendant le cours d'une hépatite ne dépend pas des sympathies que le foie a développées directement dans le cerveau, mais bien de la réaction de l'estomac enflammé sur ce dernier organe. Les symptômes cérébraux ne se manifestèrent, en effet, dans ce cas, qu'après que la phlegmasie gastro-intestinale fut devenue très-prononcée, et leur intensité fut constamment en raison des progrès de celle-ci. Que si l'on m'objecte que je ne cite qu'un fait à l'appui de mon opinion, je répliquerai que, si l'on se donne la peine d'examiner tous ceux de ce genre que les auteurs nous ont transmis, on ne tardera pas à se convaincre que les choses se passent toujours comme je le prétends. On ne saurait donc

s'empêcher de m'accorder que l'encéphalite n'est jamais le résultat immédiat de l'irritation hépatique.

Ce serait le moment maintenant d'examiner, comme je m'y étais engagé en parlant des terminaisons de l'irritation hépatique, si, lorsqu'il y a ce qu'on pourrait appeler une métastase, ou, en d'autres termes, que l'hépatite diminue ou disparaît, et que le délire se déclare, l'encéphalite dépend des sympathies que le foie enflammé a pu exciter dans le cerveau, ou si elle ne tient pas plutôt à la gastro-entérite qui s'observe toujours en pareille occurrence. Mais il est clair que, dès le moment que j'ai démontré dans le paragraphe précédent que l'encéphalite ne se manifeste à la suite de l'hépatite que tout autant que celle-ci a déterminé préalablement l'inflammation du tube alimentaire, cette dernière a été dans ce cas la cause occasionelle de l'affection cérébrale, qui, une fois développée, est devenue prédominante et a masqué ou fait disparaître réellement l'irritation préexistante de l'appareil biliaire. Cette question se trouve donc implicitement résolue; il ne serait d'aucune utilité de la soumettre à un examen plus approfondi.

Telles sont les idées que je professe sur le mode de production de l'irritation hépatique. Personne avant moi n'avait traité ce sujet avec plus d'étendue, et, si je ne me trompe, d'une manière plus satisfaisante; je n'en excepte pas même M. Broussais. Outre que ce médecin, en effet, n'a eu en vue dans ses écrits que le degré de l'irritation du foie qui constitue l'hépatite des auteurs, et qu'il dit très-peu de choses sur la concomitance des abcès hépatiques avec les plaies de tête, la plupart des objections qui lui ont été faites ne sauraient m'être adressées. C'est ainsi, par exemple, que les cas où l'hépatite dépend d'une phlegmasie du tissu péritonéal se concilient parfaitement avec ma manière de voir, tandis qu'ils sont en opposition directe avec celle du professeur du Val-de-Grâce, qui établit, comme on sait, que l'hépatite non traumatique est constamment produite par une gastro-entérite.

Les cas d'hépatite non traumatique à la suite desquels on n'a rencontré aucune trace de phlegmasie dans les voies digestives ne militent pas autant qu'on pourrait le croire contre l'opinion de M. Broussais : car il ne répugne nullement d'admettre que quelquefois, en pareille occurrence, la gastro-entérite a pu disparaître et l'hépatite persister et continuer à faire des progrès (1). Mais il est plusieurs de ces cas auxquels ces réflexions ne sont pas applicables, et qui s'expliquent naturellement dans la théorie que je propose, parce que, dans tous les faits de cette dernière espèce, il est possible de prouver que l'hépatite provenait d'une péritonite.

Les cas d'hépatite où la membrane muqueuse gastro-intestinale offrait des traces d'inflammation, mais seulement dans l'estomac ou dans les derniers intestins grêles, le duodénum étant parfaitement sain, ne sont pas, à beaucoup près, d'une aussi grande importance que les précédents. Mais j'ai encore ici cet avantage sur M. Broussais, que lui ne peut se rendre compte de la production de l'hépatite dans cette circonstance qu'en admettant qu'une phlegmasie assez considérable pour laisser des traces de son existence, soit dans l'estomac, dans l'iléon ou le jéjunum, avait dû nécessairement se propager au duodénum, et que l'irritation de celui-ci, quoique peu intense, avait déterminé celle du foie; tandis que moi je puis, outre cette explication, en donner une autre, au moins pour les cas où la partie de l'estomac qui est contiguë au foie se trouve affectée, et dire que l'inflammation passe alors directement de la membrane muqueuse gastrique à la portion du péritoine qui lui correspond, et se communique ensuite au parenchyme hépatique.

Les adversaires de la doctrine physiologique ont avancé également que les désordres du tube alimentaire sont quelquefois si minimes, qu'on ne peut leur attribuer ceux que le foie présente. Mais les faits de cette nature n'infirment ni l'opinion de M. Broussais ni la mienne, attendu qu'on ne les observe que chez les personnes éminemment prédisposées aux affections de l'appareil biliaire. Il y a des individus chez qui le foie est, dans l'état normal, plus volumineux, plus irritable, plus susceptible de devenir malade, que chez les autres hommes. La gastro-entérite la plus légère suffit alors pour déterminer tantôt une sécrétion très-abondante de bile, tantôt une véritable hépatite, et il n'y a pas de raison pour que celle-ci, une fois développée, ne s'accroisse indéfiniment.

J'ai cru devoir entrer dans ces détails, parce que les médecins qui ne sont pas très au courant des dogmes de la nouvelle école auraient pu penser que je n'ai fait que reproduire ici les idées que M. Broussais a émises sur l'ætiologie de l'hépatite. La théorie de cet auteur, je le répète, diffère sur plusieurs points de celle que je propose. Dans l'une, on n'a eu en vue qu'un degré de l'irritation hépatique; dans l'autre, on prend cette irritation à son début, on la suit dans sa marche, on l'envisage sous toutes ses formes. Dans l'une, on glisse en quelque sorte sur une difficulté majeure, *la concomitance des plaies de tête avec les abcès du foie;* dans l'autre, on a cherché à remplir cette lacune et l'on y a réussi. L'une enfin est susceptible de plusieurs objections solides; l'autre

(1) Ce qui doit porter surtout à penser que les choses se passent quelquefois ainsi, c'est que les faits dont il s'agit appartiennent tous à l'hépatite chronique.

se prête à toutes les explications et s'accorde toujours avec les faits.

PRONOSTIC.

Lorsque l'irritation du foie est consécutive et qu'elle n'est qu'à son premier degré, elle n'offre rien de dangereux : on est toujours sûr de la voir céder à des moyens appropriés.

L'irritation hépatique primitive se manifeste constamment par des signes plus nombreux et plus prononcés que dans le cas précédent; toutes les fois néanmoins qu'elle existe seule, c'est-à-dire qu'elle ne s'est pas propagée encore au péritoine et au tube digestif, il est facile d'en arrêter le cours. L'ouvrier dont j'ai rapporté l'histoire, page 169, présentait une lésion de ce genre quand il vint chez moi me consulter : je suis persuadé qu'il ne fallait à cette époque qu'une saignée du bras ou une forte application de sangsues à l'hypocondre, et un régime approprié, pour dissiper les accidents et amener une prompte guérison.

Les symptômes que les auteurs ont assignés à l'hépatite aiguë indiquent, comme je l'ai prouvé, que la membrane muqueuse alimentaire, le foie et le péritoine, sont enflammés en même temps. L'état morbide qui résulte de l'affection simultanée de ces trois organes est très-grave et l'issue en est très-souvent malheureuse. J'ajouterai pourtant que la gastro-hépato-péritonite aiguë ne se terminerait pas à beaucoup près aussi fréquemment par la mort si l'on employait pour la combattre une médication plus rationnelle. Ne fût-il possible d'alléguer à l'appui de cette assertion que le succès que j'ai obtenu chez l'ouvrier dont je viens de parler, que ce fait seul devrait suffire pour engager les praticiens à imiter la conduite que j'ai tenue en cette occasion.

Quand l'irritation du foie a revêtu les caractères d'une phlegmasie chronique, la maladie, pour être moins intense et moins douloureuse, n'en est que plus difficile à guérir. L'une des principales causes surtout de la presque-inutilité de l'art dans ce cas, c'est que, lorsque l'hépatite prend la marche chronique en commençant, ce qui arrive le plus communément, on ne s'aperçoit pour l'ordinaire que le foie est enflammé qu'après que ce viscère est devenu le siége d'une dégénération morbide, et que nous ne possédons aucun moyen de rétablir dans leur état normal les tissus véritablement désorganisés.

TRAITEMENT.

On a pu se convaincre par ce que j'ai dit déjà que, si les premières nuances de l'irritation hépatique ne dépendent pas constamment d'une inflammation du tube digestif, ce n'est du moins que dans ce cas qu'on peut les distinguer. Cet état de sur-excitation du foie n'exige aucun traitement particulier : la seule indication qui se présente alors est de remonter à la cause des accidents et de l'attaquer directement. La fièvre bilieuse des auteurs, par exemple, n'est autre chose, selon moi, qu'une lésion gastro-hépatique. Eh bien, si, chez un individu atteint de cette maladie, l'hypocondre droit n'est ni tendu ni douloureux au toucher, le médecin ne devra s'occuper que de l'irritation des voies digestives. Cette dernière disparaissant, celle du foie disparaîtra également. L'essentiel est qu'on agisse suivant les principes d'une saine doctrine, et qu'on ne s'obstine pas à ne voir que des humeurs à évacuer là où il ne faut le plus souvent que recourir à la diète, aux boissons délayantes ou à quelques évacuations sanguines, pour procurer une guérison prompte et solide. Qu'on ne s'y trompe point, les préceptes que je donne ici sont d'une telle importance pour la pratique, qu'en s'y conformant on préservera presque toujours les malades de cette foule d'altérations qui se développent dans le foie, et qui ont reçu le nom d'*obstructions*. Ce n'est pas à combattre ces sortes d'altérations quand elles existent, c'est à les empêcher de se former, que le médecin doit s'attacher. Or il ne saurait y parvenir qu'en détruisant la cause qui produit ces irritations hépatiques légères qui, méconnues ou mal traitées, se prolongent indéfiniment ou prennent les caractères d'une phlegmasie chronique, et se terminent si fréquemment dans ces deux circonstances par la désorganisation du tissu qui en est le siége. On aurait donc tort de se figurer qu'il ne s'agit ici que de la discussion stérile d'un point de théorie. Le principe que j'établis repose sur ce fait incontestable : *la gastro-entérite détermine dans la grande majorité des cas une irritation du foie*; il a pour but de démontrer que le moyen le plus certain d'arrêter les progrès de celle-ci consiste à guérir celle-là et à ne pas l'exaspérer surtout par les vomitifs, les purgatifs, les désobstruants, etc.

Si l'irritation hépatique n'offre aucune indication particulière tant qu'elle n'est qu'à son premier degré, il n'en est pas de même lorsqu'elle présente les symptômes que les pathologistes ont assignés à l'hépatite. D'une part, en effet, l'expérience prouve que, dans le cas où l'inflammation du foie dépend d'une lésion des voies digestives, le plus sûr est d'attaquer simultanément les deux affections ; de l'autre, on sent facilement que les moyens thérapeutiques qu'on emploie centre l'hépatite doivent varier, sinon quant aux propriétés, du moins sous le rapport du nombre, de l'activité, du mode d'administration, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, traumatique ou consécutive. Je vais tâcher

de préciser la conduite qu'il convient de tenir dans chacune de ces circonstances.

Toutes les fois que l'hépatite aiguë dépendra d'une gastro-entérite et que le sujet sera pléthorique, on commencera par pratiquer une saignée du bras. Si, malgré cette saignée, le pouls reste large, dur et plein, on la réitérera et l'on en viendra ensuite aux évacuations sanguines locales. Ces dernières suffisent généralement chez les individus qui ne sont ni pléthoriques ni très-forts, ou qui ne paraissent pas atteints d'une phlegmasie très-intense ; mais il faut même dans ce cas qu'elles soient abondantes, répétées souvent. On est en général trop réservé sur leur emploi. Les sangsues s'appliquent ordinairement à l'épigastre et à l'hypocondre ; cependant, si l'on avait lieu de présumer que la suppression ou la diminution d'un flux hémorrhoïdal périodique eût pu influer sur le développement de la maladie, il serait indiqué d'en mettre à l'anus. On couvrira la région du foie de cataplasmes émollients, et si leur poids fatigue, on les remplacera par une flanelle trempée dans une décoction émolliente. On prescrira la diète la plus sévère et des boissons acidules froides, telles qu'une limonade, une orangeade, l'oxicrat, du sirop de groseille étendu d'eau fraîche. Enfin, on secondera tous ces moyens par des demi-lavements de décoction de graines de lin ou de racines de guimauve, qu'on rendra plus efficaces par l'addition de la pariétaire ou du nitrate de potasse. Il est rare que, par suite d'une médication aussi rationnelle, on n'obtienne pas une grande diminution des symptômes inflammatoires. Quand on est parvenu à ce résultat, les bains produisent d'excellents effets, et l'on peut, immédiatement après leur emploi, avoir recours à l'huile de ricin ou bien à de légers purgatifs salins qu'on administrera conjointement avec les sucs des plantes borraginées, chicoracées, etc. Les évacuants soulagent toujours alors, pourvu qu'ils ne soient pas trop actifs et qu'on n'en fasse qu'un usage modéré.

Lorsque l'inflammation a débuté par le péritoine et que cette membrane et la superficie du parenchyme hépatique sont les parties les plus irritées, le traitement ne diffère du précédent qu'en ce que la saignée du bras est plus généralement indiquée, et qu'après qu'on en a fait une ou deux, on peut, dans la plupart des cas, se borner à n'appliquer de sangsues qu'à l'hypocondre droit.

L'hépatite traumatique n'exige pas non plus une médication différente. Seulement, comme l'irritation hépatique qui survient à la suite d'une blessure du foie ne dépend pas de l'affection préexistante d'un autre organe, et que, si les voies digestives se trouvent alors enflammées, ce n'est jamais que consécutivement, il faut donner la préférence à la saignée générale. Je n'ignore pas que ce moyen a l'inconvénient d'affaiblir plus que les émissions sanguines locales, et qu'il pourrait devenir dangereux de trop insister sur son emploi ; mais c'est au praticien à se renfermer dans de sages limites, et à juger lui-même de l'époque où la saignée capillaire doit être substituée à l'ouverture de la veine.

On voit, d'après cela, que les évacuations sanguines générales ou locales forment la base de traitement de l'hépatite aiguë. J'ajouterai que, quoique j'aie déjà parlé du lieu où il convient de pratiquer les saignées capillaires, je ne crois pas devoir passer outre sans faire observer qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à celles de la marge de l'anus. Les médecins qui ont conseillé l'application des sangsues à cette partie ont eu en vue de dégorger la veine porte par l'intermédiaire des vaisseaux hémorrhoïdaux. « Mais est-ce bien par la saignée pratiquée à la marge de l'anus qu'on obtiendra ce résultat ? Quelle influence pourra exercer sur la circulation de la veine porte l'émission lente de quelques onces de sang par une saignée capillaire, aussi promptement réparé qu'il est évacué ? On agira bien plus efficacement sur la circulation du foie par une saignée générale, dans laquelle on soustrait brusquement une grande quantité de sang. D'ailleurs, en supposant qu'on diminuât d'une manière notable la quantité de ce liquide en circulation dans la veine porte, on ne remplirait pas complètement le but qu'on se propose : car le foie en reçoit beaucoup par l'artère hépatique, et celui qu'elle lui apporte est bien plus stimulant que celui qui lui arrive par la première (1). » Ces raisons, bien que très-propres, certes, à infirmer l'opinion de ceux qui pensent que la fluxion qu'on détermine sur l'extrémité inférieure du rectum décharge directement le système veineux hépatique, ne me paraissent pas suffisantes néanmoins pour qu'on n'en vienne pas à l'application des sangsues à l'anus, lorsque le développement de la phlegmasie qui nous occupe a été précédé par la suppression ou la diminution d'un flux hémorrhoïdal. Mais cette circonstance est la seule où ce moyen soit d'une utilité incontestable; encore n'est-on pas même dispensé alors de recourir aux saignées de l'épigastre et de l'hypocondre.

Les ventouses scarifiées et les vésicatoires, recommandés par quelques praticiens, sont, sinon constamment nuisibles, du moins parfaitement inutiles dans le traitement de l'hépatite aiguë. Appliqués, en effet, à l'hypocondre pendant que la maladie est dans toute sa force, ils ne peuvent que l'augmenter; et si l'on attend pour s'en servir que l'irritation, considérablement diminuée sous l'influence des émissions sanguines, soit sur le point de se dissiper, non-seulement on s'expose à raviver le mal, mais il est sûr qu'il ne faut alors, pour terminer la cure, que continuer l'usage des bains, des

(1) Goupil, *Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale*, page 551.

cataplasmes, des lavements, des boissons rafraîchissantes, et surtout ne permettre aux malades de revenir aux aliments qu'avec les plus grands ménagements.

L'hépatite aiguë ne se terminerait peut-être jamais par suppuration, si elle était toujours combattue avec l'énergie nécessaire par les saignées générales ou locales; malheureusement il n'y a qu'un très-petit nombre de médecins qui tiennent cette conduite, et cela est d'autant plus fâcheux que les foyers purulents qui se forment dans le foie ne sont que fort rarement accessibles aux moyens chirurgicaux, et que, lors même qu'ils le sont, l'art ne nous offre d'autre ressource que l'ouverture de l'abcès.

Cette opération devra être pratiquée aussitôt que la fluctuation sera manifeste et qu'on aura acquis la certitude que la tumeur qu'on se propose d'ouvrir est réellement une collection de pus. Je fais cette remarque parce qu'il est arrivé qu'on a pris la vésicule du fiel distendue outre mesure par une grande quantité de bile pour un abcès hépatique, et que l'ouverture de cette poche a été constamment suivie de la mort (1).

L'époque d'élection pour opérer, quoique facile à préciser en apparence, ne laisse pas d'être assez embarrassante pour le chirurgien : d'une part, en effet, il faut se hâter d'ouvrir l'abcès pour éviter que l'altération du foie ne devienne plus considérable, et que le pus ne se fraie un passage à l'intérieur; de l'autre, il est nécessaire de temporiser assez pour qu'il s'établisse des adhérences entre le péritoine sus-hépatique et les parois abdominales, sans quoi l'incision pourrait être suivie d'un épanchement mortel. Les principaux signes qui indiquent que le moment d'opérer est venu sont le peu de mobilité de la tumeur et sa saillie égale pendant tous les mouvements du malade.

On employait autrefois la potasse concrète pour ouvrir les abcès du foie, dans le double but de fortifier l'adhérence que les parties enflammées ont contractée entre elles, et de causer une perte de substance qui empêchât l'ouverture de se fermer trop tôt; mais ce caustique a l'inconvénient de n'agir pour l'ordinaire que sur les téguments, et de ne pas brûler assez profondément, de sorte qu'il faut avoir recours le plus souvent à l'instrument tranchant pour achever de pénétrer dans le foyer. Cette dernière considération paraît avoir déterminé les praticiens de cette époque à ne se servir que du bistouri. On commence par fendre la peau dans une assez grande étendue; on incise ensuite les tissus sous-jacents avec précaution, couche par couche, afin de ne pas aller au-delà des adhérences qui se sont formées entre la tumeur et les enveloppes du bas-ventre. Si cette incision n'offrait pas, à cause de la profondeur de l'abcès, une voie suffisante pour l'évacuation du pus, on lui donnerait la forme d'un T, en divisant transversalement la lèvre postérieure. Je dis la lèvre postérieure : car, si la seconde incision était faite en devant et portait sur le muscle droit, non-seulement on s'exposerait au danger de blesser l'artère épigastrique, mais la suppuration aurait moins de facilité à s'écouler, parce que l'ouverture ne répondrait pas à la partie la plus déclive de l'abcès. L'opération terminée et le pus évacué, on introduit dans la plaie une mèche de linge effilé enduite de cérat; on met par-dessus un plumasseau, et l'on soutient le tout par des compresses et un bandage de corps. Si cependant l'inflammation était encore considérable, on couvrirait la partie d'un cataplasme émollient. Dans certain cas, où le pus était fort abondant, ou était devenu très-fétide et très-irritant, on a retiré de grands avantages de quelques injections émollientes poussées avec ménagement, de peur de blesser la texture délicate et friable du foie. La seule précaution qu'on ait à prendre après la guérison de la plaie, c'est de soutenir pendant quelque temps la cicatrice, afin de prévenir la formation d'une hernie ventrale par ce point affaibli des parois abdominales.

Le traitement de l'hépatite chronique ne diffère de celui de l'hépatite aiguë qu'en ce qu'il doit être beaucoup moins énergique : c'est ainsi que la saignée générale n'est pas indiquée dans ce cas, et qu'il vaut mieux recourir aux émissions sanguines locales souvent réitérées. On applique un petit nombre de sangsues chaque fois; mais il faut y revenir fréquemment. Les lieux où on les met sont l'épigastre, l'hypocondre droit, et la marge de l'anus si l'hépatite succède à la disparition des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdal. Les cataplasmes émollients, la diète, les boissons acidules, les lavements, les bains tièdes et les purgatifs salins sur la fin (1), sont également indiqués; mais, je le répète, le traitement doit être moins énergique que dans l'hépatite aiguë : il importe de tenir compte de l'ancienneté de la phlegmasie, du degré de dépérissement du malade et du genre de médication qui a déjà été mis en usage. Une chose qu'on ne saurait assez recommander surtout, c'est qu'il ne faut pas insister sur

(1) Voyez ce que je dis à ce sujet en parlant des *Maladies des voies d'excrétion de la bile*.

(1) C'est surtout lorsque l'hépatite chronique n'est pas très-ancienne, qu'il y a lieu de présumer que le tissu hépatique n'est pas désorganisé, et qu'on a suffisamment combattu l'irritation gastrique si toutefois elle existe, que les légers purgatifs salins, tels que l'acétate de potasse, le sulfate de soude, etc., peuvent être utiles. La meilleure manière de les administrer alors consiste à leur donner pour véhicule les bouillons, les apozèmes avec les plantes apéritives et amères, ou à les faire prendre conjointement avec les sucs dépurés des plantes borraginées, chicoracées, etc.

les débilitants. Lorsque, après les avoir employés d'une manière proportionnée aux forces du sujet et à l'intensité du mal, on s'aperçoit qu'ils ne produisent aucune amélioration sensible, il est prudent d'y renoncer. L'art nous offre d'ailleurs alors une ressource puissante qu'on aurait tort de négliger : je veux parler des moxas, des cautères ou des sétons appliqués sur la région hypocondriaque droite; ces moyens sont quelquefois suivis des plus heureux résultats.

L'une des principales causes du peu de succès qu'on a obtenu jusqu'ici dans le traitement de l'hépatite chronique, c'est qu'on a l'habitude de la combattre par une foule de remèdes, tels que *le protochlorure de mercure, le diagrède, la gomme gutte, l'extrait de trèfle, d'eau, le carbonate de potasse, la scille, l'hellébore, la rhubarbe, la térébenthine, les savonneux.* Ces substances médicamentales, qui figurent toutes en première ligne parmi les agents thérapeutiques qu'on appelle *fondants*, *désobstruants*, etc., ont pour propriété spéciale d'irriter fortement les voies digestives, et par cela même ne peuvent être que nuisibles.

Les emplâtres de Vigo, ceux de ciguë, tous ces emplâtres, en un mot, préconisés sous le titre de fondants, n'ont jamais peut-être produit une modification avantageuse.

Les vésicatoires volants, conseillés par quelques médecins, sont des moyens trop peu actifs pour être utiles (1).

Les eaux minérales, enfin, tant vantées même de nos jours, ne sont en général que d'un faible secours. Prises à l'intérieur, elles n'agissent qu'en stimulant la membrane muqueuse gastro-intestinale. Employées sous forme de bains, elles n'ont d'autres effet que d'augmenter les fonctions de la peau. On voit qu'il n'est guère possible de compter sur l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Si l'on jugeait à propos néanmoins d'en faire usage, il faudrait donner la préférence aux eaux qui contiennent beaucoup d'acide carbonique ou des hydrosulfures (2), ne les ordonner que de temps à autre, et avoir soin de s'arrêter avant qu'elles ne déterminent la diarrhée.

L'observation des règles de l'hygiène est de la plus grande importance dans le traitement de l'hépatite chronique. C'est en vain qu'on aura recours aux émissions sanguines, aux topiques émollients, aux cautères ou aux moxas : tous ces moyens échoueront si l'on n'en seconde l'action par un régime bien entendu. Je ne dis pas qu'il faille toujours prescrire une diète sévère ; la diète n'est de rigueur que lorsqu'il survient une exacerbation, et que cette exacerbation surtout s'accompagne de vomissement ; mais on ne doit permettre que des aliments légers et pris dans le règne végétal. La nature semble elle-même indiquer quel est le genre d'alimentation qui convient le mieux en pareille occurrence. On sait que le goût des substances acidules, des fruits, est presque un symptôme des affections chroniques du foie ; les boissons que les malades prennent avec le plus de plaisir sont celles qui ont une saveur acide, telles qu'une limonade faible, l'eau de groseille, de cerises, l'orangeade, etc.. La marche qu'on a à suivre se trouve donc toute tracée ; le médecin n'a autre chose à faire qu'à ne pas s'en écarter.

On recommandera également l'usage journalier d'un exercice modéré. Quant aux voyages sur mer ou dans une voiture rude, et au passage d'un pays chaud dans un pays plus froid, comme il est impossible qu'un individu s'y abandonne sans que son régime en souffre beaucoup, cet inconvénient suffit seul pour contrebalancer les faibles avantages qu'on pourrait en retirer. « Les voyages, dit M. Ferrus, comme moyen de distraction, ont été réunis aussi au traitement des maladies chroniques du foie par les auteurs qui ont cru que l'altération de cet organe était la cause spéciale de l'hypocondrie. Dans l'état actuel de la science, si l'on recommande encore les soins moraux dans l'hépatite chronique, comme on le fait d'ailleurs dans toute autre maladie longue, c'est que l'on est persuadé qu'en activant les fonctions du cerveau, et en les dirigeant sur des objets étrangers à la maladie, on dispose l'individu à se croire moins malade : espérer de guérir, c'est travailler soi-même à sa guérison (1). »

CONGESTIONS SANGUINES PASSIVES DU FOIE.

Les congestions sanguines qui se forment dans le foie ne sont pas toutes actives, ou, en d'autres termes, ne dépendent pas toutes de l'irritation de ce viscère. Il en est quelques-unes qui sont vraiment passives : celles, par exemple, qui se développent sous l'influence d'un obstacle à la circulation doivent être regardées comme telles ; le sang s'accumule alors dans le parenchyme hépatique, non pas parce qu'il y est provoqué par une cause

(1) Je ne parle pas ici de la conduite qu'il convient de tenir lorsque l'hépatite chronique se termine par suppuration, parce que cette conduite est absolument la même que celle que l'on tient à l'occasion des abcès qui surviennent à la suite de l'inflammation aiguë du foie.

(2) Telles que celles de Vichy, de Bourbon, d'Archambault, d'Enghien, etc.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 69.

irritative, mais parce que, la circulation veineuse se trouvant ralentie, il est obligé d'y séjourner. Le foie est de toutes les parties du corps humain celle qui est la plus disposée à ces sortes d'engorgements. On se rendra facilement compte de cette circonstance si l'on réfléchit que son tissu est mou, très-perméable, que l'artère hépatique et la veine porte lui apportent beaucoup plus de sang que les veines hépatiques ne lui en ôtent, et que d'ailleurs il reçoit proportionnellement une plus grande quantité de ce fluide que les autres viscères.

Les obstacles au cours du sang qui occasionent le plus souvent les congestions sanguines qui nous occupent sont ceux qui ont leur siége dans le cœur ou dans les gros vaisseaux; viennent ensuite ceux qui résultent de l'engorgement des poumons par des tubercules, d'un épanchement de sérosité dans la poitrine ou dans l'abdomen, d'une induration de la rate, d'une tumeur située dans le mésentère, l'épiploon, etc.

On a remarqué que le foie est presque toujours, chez les scorbutiques, augmenté de volume et d'une teinte rouge uniforme. Quand on le coupe, le sang ruisselle de toute part. Rien n'autorise à penser que les congestions de cette nature proviennent d'un travail inflammatoire; elles sont dues, suivant moi, à ce que, d'une part, le sang, qui, comme on sait, est d'une fluidité extrême dans le scorbut, pénètre plus aisément dans les petits vaisseaux, et à ce que, de l'autre, ces mêmes vaisseaux, frappés d'une débilité profonde, se déchirent avec la plus grande facilité.

Les congestions sanguines qui s'opèrent dans le parenchyme hépatique par suite du scorbut ou d'un obstacle au cours du sang doivent donc être considérées comme passives. Y a-t-il d'autres maladies qui puissent produire des engorgements hépatiques analogues? je ne le crois pas; du moins je n'ai rien rencontré dans les auteurs et mon expérience ne m'a rien appris qui pût me le faire présumer.

Lorsque le foie devient le siége d'une congestion sanguine passive, ce viscère peut se gonfler assez pour qu'on le sente bien au-dessous des fausses côtes droites et à l'épigastre. La tumeur présente une surface lisse, sans blessures, sans enfoncement; il n'y a ni douleur, ni trace d'ictère; quelquefois, cependant, les malades accusent une sensation pénible, une sorte de pesanteur vers l'hypocondre. Les engorgements sanguins dont il s'agit ici ne prennent pas toujours la marche continue; il n'est pas rare de les voir se former très-rapidement et se dissiper avec autant de promptitude qu'ils s'étaient formés, pour reparaître et disparaître de nouveau, suivant que l'état morbide qui les occasione augmente ou diminue d'intensité. Ces congestions intermittentes ne s'observent que dans les affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux.

Les intumescences passives du foie ne peuvent guère, comme on voit, être confondues avec celles que l'irritation hépatique détermine : car, lorsque cette irritation est légère, l'organe qui sécrète la bile est peu ou point augmenté de volume, et quand elle a pris les caractères de l'hépatite des auteurs, ces mêmes caractères suffisent toujours pour différencier les congestions qui se forment alors dans le tissu du foie, de celles qui se trouvent liées soit au scorbut, soit à un obstacle au cours du sang.

On se rappelle que j'ai avancé que les congestions hépatiques qui dépendent d'un obstacle au cours du sang peuvent devenir cause de l'irritation du foie. Les congestions de ce genre qui me paraissent les plus susceptibles d'un semblable résultat sont celles qui se manifestent pendant le cours d'une affection organique du cœur ou de l'un des gros troncs artériels.

Les maladies qui produisent les congestions passives du foie sont toutes incurables; la plupart même entraînent avec elles un état tel de l'économie, qu'on doit considérer alors l'accumulation du sang dans le parenchyme hépatique comme une circonstance de fort peu d'intérêt. Il n'y a, selon moi, que les cas où le foie se tuméfie pendant le cours d'une lésion du cœur ou de ses annexes qui fassent exception et qui méritent une attention particulière. Les affections du cœur, en effet, peuvent exister long-temps sans occasioner la mort, et sans qu'aucun autre organe éprouve une altération marquée de nutrition. Or on conçoit facilement, que si sous leur influence une congestion sanguine se formait dans le foie et déterminait une hépatite, cette dernière serait une complication très-fâcheuse qui ne pourrait qu'accélérer beaucoup leur marche et par conséquent leur terminaison funeste. Pour prévenir, au surplus, un pareil accident, il ne faut que traiter convenablement la maladie qui donne lieu au ralentissement de la circulation veineuse, et l'attaquer surtout avec énergie chaque fois qu'elle s'exaspère : moyennant cela, on réussira presque toujours à dégorger le parenchyme hépatique, et à empêcher que le sang ne s'y ramasse de nouveau en trop grande quantité.

HÉMORRHAGIES HÉPATIQUES.

Lorsque le foie est devenu le siége d'un inflammation aiguë plus ou moins forte, ou d'une congestion passive, il arrive quelquefois qu'un ou plusieurs des vaisseaux artériels ou veineux qui entrent dans sa structure se rompent; et alors, ou le sang, après s'être épanché dans l'intérieur du parenchyme hépatique, s'y creuse une cavité et y séjourne (1), ou il a achevé de déchirer ce parenchyme

(1) On trouve un cas de cette espèce dans les *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques* de M. Louis, page 381.

et se répand dans le bas-ventre (1), ou bien enfin il se fraie une route dans les canaux excréteurs de la bile, gagne le duodénum, et est ensuite rejeté par les vomissements ou par les selles (2).

Dans les deux premiers cas, l'hémorrhagie qui nous occupe n'a jamais été reconnue qu'après la mort et dans le dernier, on ne peut qu'en soupçonner l'existence pendant la vie, car nous ne possédons aucun moyen de distinguer si le sang qui est expulsé par le tube digestif provient de l'appareil biliaire ou de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

ASTHÉNIE HÉPATIQUE.

On ne saurait douter qu'il n'y ait un état morbide qui mérite le nom d'asthénie hépatique ; mais personne n'a jusqu'ici déterminé les signes qui caractérisent cet état, ou, pour mieux dire, personne ne l'a tenté, parce que cette question a paru insoluble. Ne serait-il pas possible cependant de jeter quelques lumières sur ce point de pathologie ? Puisqu'il est généralement reconnu, par exemple, que l'accroissement de la fonction d'un tissu dénote que la vitalité de ce tissu se trouve augmentée, ne pourrait-on pas admettre que la diminution ou la suspension de la sécrétion biliaire doit être l'un des effets immédiats de l'asthénie hépatique, et dès lors ne serait-on pas naturellement conduit à regarder les symptômes qui résultent de l'absence de la bile dans les voies digestives comme indiquant un état d'atonie du foie ? Pour moi, je suis de cet avis ; je n'hésite pas même à avancer qu'en procédant de la sorte on arriverait certainement à la connaissance de quelques-uns des signes dont il s'agit. On peut m'objecter, je le sais, que la diminution ou la suspension de la sécrétion biliaire a lieu également dans l'hépatite aiguë ou chronique ; mais dans ce cas les phénomènes qui en dépendent coexistent soit avec ceux que j'ai démontrés appartenir à la gastro-hépato-péritonite aiguë, soit avec ceux qui annoncent une dégénérescence du foie, tels que l'augmentation considérable du volume de cet organe, son endurcissement, les bosselures de sa surface, etc. Dans le cas qui nous occupe, au contraire, ces phénomènes existeraient seuls, et cette circonstance ne permettrait pas de les confondre avec le précédent. Ainsi donc, dans mon opinion, un individu dont la langue serait large, humide, point rouge sur les bords ; qui n'aurait pas de fièvre, qui n'éprouverait pas de douleur dans l'hypocondre droit, qui ne serait porteur d'aucune lésion organique du foie, et qui néanmoins digérerait mal, n'aurait pas d'appétit, se plaindrait de flatulence, de dégoûts, de nausées, de rapports de différents genres, accuserait la sensation d'un poids dans la région de l'estomac, et chez qui les matières fécales seraient grisâtres, décolorées, semblables à de l'argile, cet individu devrait être considéré comme étant atteint d'une asthénie hépatique. Remarquez bien que je ne dis pas que j'ai vu un individu tel que celui-là ; mais je suis persuadé que nous ne conserverions pas le plus léger doute sur la possibilité des cas de cette espèce, si, moins préoccupés des maladies irritatives du foie, nous nous étions livrés à des recherches plus sérieuses sur l'état asthénique de ce viscère.

Lorsque, par suite de l'affection dont il s'agit ici, la sécrétion biliaire, au lieu d'être totalement suspendue, ne se trouve que diminuée, tout porte à présumer qu'il s'opère quelque changement dans la composition de la bile. Mais il n'est pas en notre pouvoir d'apprécier pendant la vie la nature et les effets de ce changement ; seulement il est probable qu'une bile moins colorée, moins stimulante que celle de l'état physiologique, rendrait plus prononcés les dérangements qu'entraîne la diminution de la sécrétion de ce fluide.

Quelques auteurs ont établi que l'asthénie hépatique est susceptible de produire l'ictère. Mais cette manière de voir me paraît vraiment inadmissible : d'abord, elle repose sur une pure hypothèse (la présence des matériaux de la bile dans le sang normal (1)) ; d'un autre côté, je prouverai plus bas que la jaunisse ne se développe que tout autant que les absorbants du foie sont doués d'une activité plus grande que de coutume, et que par conséquent le parenchyme hépatique est surexcité (2).

Quoi qu'il en soit, du reste, à l'égard de ce dernier point, je me crois autorisé à penser que la théorie que je propose est ce qu'on a émis de plus vraisemblable sur la nature, le nombre, le mode de production des désordres qui accompagnent l'asthénie hépatique. Cela posé, ne serait-ce pas le cas d'imiter les médecins anglais, et de chercher à rétablir alors le cours de la bile 1° en irritant par des purgatifs convenablement employés la membrane muqueuse intestinale ; 2° en donnant le mercure doux, qui, d'après eux, exerce une action particulière sur l'action du foie.

(1) L'observation de M. S..., que M. Andral a consignée dans sa *Clinique*, est un exemple fort remarquable de ce genre d'hémorrhagie du foie. (Tome IV, page 13.)

(2) On doit ranger dans cette catégorie plusieurs cas rapportés par les auteurs sous le nom d'*hépatirrhée*.

(1) Les écrivains qui mettent l'ictère au nombre des symptômes de l'asthénie hépatique se fondent, en effet, sur ce que, le foie ne séparant plus alors du sang les principes de la bile dans leurs proportions ordinaires, ces principes se répandent dans nos tissus et les colorent en jaune. (Andral, *Clinique médicale*, tome IV, page 47.)

(2) Voyez l'article *Ictère* au sujet de cette assertion et de la précédente.

Je suis loin d'attribuer, certes, à ces médicaments toutes les propriétés que leur supposent nos confrères d'outre-mer ; mais j'ai la conviction qu'administrés en pareille occurrence, ils détermineraient sur la membrane muqueuse alimentaire une irritation qui, transmise au foie, serait éminemment propre à remonter le ton de ce viscère.

ATROPHIE DU FOIE.

L'organe qui sécrète la bile peut éprouver une diminution plus ou moins considérable de volume. STROCK parle d'un individu chez qui il avait à peine la grosseur du poing, *vix æquabat pugni magnitudinem;* RIOLAN assure avoir rencontré un foie qui n'était pas plus gros que le rein; d'autres en ont vu de plus petits encore.

Les faits de cette nature qu'on trouve dans les auteurs prouvent que la diminution du volume du foie est dans certaines circonstances le résultat de l'irritation de ce viscère, mais que le plus communément elle provient soit de la diminution ou de la cessation de son action organique, soit d'un obstacle à sa nutrition apporté par une cause mécanique.

Lorsque le foie, par suite d'une phlegmasie chronique dont il est atteint, perd de sa grosseur et de son poids, il est tantôt ramolli, tantôt endurci, et quelquefois inégal, comme granuleux à sa surface. Les observations nos 19, 20 et 21, que M. ANDRAL a consignées dans son ouvrage, nous fournissent des exemples remarquables de ce genre d'affection (1).

Lorsqu'au contraire il se rapetisse sous l'influence d'un obstacle à sa nutrition ou d'un état véritablement asthénique de son parenchyme, sa contexture organique n'offre aucun changement appréciable. Ce n'est qu'aux cas de cette dernière espèce qu'il convient d'affecter le nom d'*atrophie du foie*. Le donner, en effet, aux dégénérescences hépatiques qui s'accompagnent de la diminution du volume de la partie où elles ont leur siége, serait s'écarter à la fois de l'étimologie et de l'acception généralement reçue du mot *atrophie*, qui, par opposition à celui d'*hypertrophie*, exprime simplement cet état particulier d'un tissu qui, bien qu'ayant perdu de sa grosseur et de son poids, ne présente aucune altération dans sa structure intime.

L'atrophie hépatique proprement dite, ou en d'autres termes la diminution du volume du foie, qui ne dépend pas d'un travail inflammatoire, peut être générale ou partielle. Les obstacles qui la produisent le plus souvent sont 1° le développement accidentel des organes qui entourent le foie et qui alors le compriment dans toute son étendue; 2° une pression extérieure exercée habituellement sur la région hypocondriaque droite. « L'usage des corsets chez les femmes, en diminuant le diamètre de la poitrine, pousse vers ses extrémités, et particulièrement vers l'inférieure, les organes qu'elle contient. Chez elles, le foie dépasse souvent de plusieurs pouces les dernières côtes, et celles-ci impriment sur la face supérieure de cet organe un sillon plus ou moins profond. Cette compression, exercée long-temps, peut nuire au développement total du foie, et la disposition anatomique qu'elle produit ne doit jamais être oubliée dans l'exploration de l'abdomen. La dissection des corps des individus dont la profession exige l'emploi d'instruments qu'on appuie sur la région épigastrique donnerait peut-être quelques autres exemples d'atrophie partielle du foie (1). »

J'ai avancé également que la diminution ou la cessation de l'action du foie est susceptible d'occasioner son atrophie; mais il est fort difficile, comme on vient de le voir dans l'article précédent, de préciser les cas où ce viscère est réellement frappé d'asthénie, et si j'ai admis cet ordre de causes, c'est moins sur des faits positifs que sur des probabilités.

CALCULS BILIAIRES.

La connaissance des calculs biliaires remonte pour ainsi dire à l'origine de l'art. Depuis HIPPOCRATE jusqu'à nos jours, il n'est peut-être pas un auteur distingué qui ne parle de pierres ou de concrétions calcaires qu'on a rencontrées soit dans le foie, soit dans ses annexes.

Les calculs qui occupent le foie proprement dit se développent tantôt dans les conduits excréteurs plongés dans le tissu de cette glande, tantôt dans le parenchyme hépatique lui-même. RUISCH assure n'avoir jamais vu de calculs de cette dernière espèce; mais les observations de M. PORTAL ne permettent pas de révoquer en doute leur existence. VURZER parle d'une autre variété de calculs appartenant au foie, qu'il a eu occasion d'observer dans le cadavre d'un homme de cinquante ans. Les pierres, au nombre de deux et renfermées dans un kyste à parois très-dures, sans communication avec la vésicule et situé sous le lobe de SPIGEL, étaient grisâtres, dures, lamelleuses, sans odeur ni saveur, pesant l'une quatorze grains, l'autre neuf, et composées de carbonate de chaux et d'un peu de matière animale.

Les calculs biliaires qu'on trouve ailleurs que dans le foie sont logés dans la vésicule du fiel ou dans les canaux cystique et cholédoque. L'opi-

(1) MORGAGNY en rapporte aussi plusieurs. Voyez à ce sujet les lettres 22e, art. 4; 64e, art. 7; 36e, 38e, etc.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome IX, page 205.

nion générale est également que la plupart des pierres de l'estomac ou de l'intestin ne sont que des calculs biliaires qui ont passé de la vésicule ou des canaux que je viens de nommer dans les voies digestives.

Le volume des calculs du foie ne dépasse guère celui d'un petit pois ; on en a vu cependant de la grosseur d'un œuf de pigeon, et WALTER prétend en avoir rencontré qui avaient depuis dix jusqu'à quinze lignes de diamètre. Lorsque ces sortes de concrétions ont acquis de pareilles dimensions, elles sont presque toujours contenues dans une poche particulière, un véritable kyste. Les pierres hépatiques sont ordinairement multiples; leur nombre peut être même extrêmement considérable. THILÉSIUS dit que dans l'espace de neuf ans il sortit d'un abcès du foie, qui s'était ouvert à l'extérieur, de cinq à six cents petits calculs. J'ai moi-même vu un individu qui, à la suite d'un abcès semblable, en rendit une grande quantité dans l'espace de quatre ou cinq mois par une ouverture qu'on avait pratiquée dans la région hypocondriaque droite.

Les corps de cette nature que renferment la vésicule ou les canaux cystique et cholédoque sont aussi le plus souvent multiples et plus ou moins variables sous le rapport de leur volume.

La forme des calculs hépatiques est en général ronde. Les pierres des canaux cystique et cholédoque ressemblent quelquefois à un pois, à une olive ; d'autres fois, elles sont triangulaires ou rétrécies et alongées à leur extrémité la plus rapprochée du duodénum. Quant à celles de la vésicule, s'il n'y en a qu'une, elle est le plus communément sphérique. S'il y en a plusieurs, la pression et le contact les rendent prismatiques, cubiques, quadrilatères, etc. ; leur surface, presque toujours lisse, est dans certains cas surmontée d'inégalités, de lignes plus ou moins saillantes ou de tubercules. RICHTER a décrit un calcul de la vésicule qui avait la forme de ce réservoir, mais qui était deux fois plus volumineux que ne l'est cette poche dans son état naturel (1).

Les calculs biliaires sont pour ainsi dire susceptibles d'affecter toutes les couleurs. MORAND (2) parle d'une pierre de ce genre dont la surface extérieure était luisante, d'un blanc sale. On en a vu de grisâtres, de rouges, de bleues, de transparentes comme du cristal, de brillantes comme une escarboucle, de jaunes comme du safran, de vertes comme des émeraudes, d'opaques, de rayonnées en diverses couleurs ou par des couches lamellées.

La consistance de ces sortes de pierres varie également beaucoup : certaines sont très-dures ; d'autres, friables, se réduisent facilement, quand on les touche, en petits fragments ; il en est qui tombent en poussière au moindre contact. Les couches extérieures sont pour l'ordinaire plus solides que celles du centre ; les unes et les autres sont quelquefois molles comme de la cire ; KOEHLER a vu un calcul dont le centre offrait une cavité remplie en partie par une masse savonneuse ; il était revêtu d'une écorce qui ressemblait tant par la couleur que par la consistance à de la cire blanche.

D'après M. JOHN, on obtient des pierres biliaires chez l'homme de l'adipocire cristallisée, de la matière jaune de la bile, un principe biliaire sucré, une matière grasse et verte, une matière jaune soluble dans l'eau, de l'oxyde de fer, du phosphate de chaux, du carbonate de chaux, des sels alcalins, une matière noire, de l'eau. M. CHEVREUIL n'a retiré des calculs biliaires qu'il a analysés qu'une matière blanche cristalline, analogue à l'adipocire, qu'il a nommée *cholesterine*, une matière jaune et une petite quantité de picromel. M. CAVENTOU a rencontré le picromel dans une pierre du poids de 12 à 13 décagrammes. M. THÉNARD, au contraire, l'a cherché inutilement ; il pense que les calculs qui nous occupent sont formés de 88 à 94 pour cent de cholestérine, et de 6 à 12 de principe colorant ou matière jaune de la bile. Les travaux des chimistes n'ont pas eu, comme on voit, des résultats parfaitement identiques ; mais on peut en conclure cependant que la cholestérine et la matière jaune font la base de tous les calculs biliaires.

La plupart de ces corps qu'on trouve hors du foie viennent de cet organe ; il n'y en a qu'un très-petit nombre qui se développent primitivement dans la vésicule ou dans les canaux avec lesquels ce réservoir communique.

Des observations bien circonstanciées prouvent que les calculs biliaires peuvent se former et acquérir un volume très-considérable sans produire un trouble sensible dans les fonctions. Mais, si l'on en croit les médecins qui ont écrit sur les maladies du foie, il n'en est que rarement ainsi. Suivant eux, les personnes qui ont des pierres biliaires commencent généralement par digérer les aliments avec beaucoup de difficulté ; leur bouche est amère; leur salive abondante, surtout si le pancréas est atteint de quelque engagement. Elles ont quelquefois de l'inappétence, d'autres fois un appétit dévorant, et éprouvent même de la faim peu de temps après avoir mangé. Quand la maladie est plus avancée, des tiraillements, des douleurs, se font ressentir dans la région épigastrique, au-dessous du cartilage xiphoïde, et se renouvellent au commencement du repas, ou lorsqu'on est resté plusieurs heures sans rien prendre, et que l'estomac est vide d'aliments. Bientôt après, des douleurs plus ou moins fortes, constantes, longues ou passagères, se déclarent dans l'hypocondre droit.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome IV, page 60.

(2) *Académie des sciences*, 1711, p. 261 et 351.

Les vents ou les gaz, ramassés dans les intestins, les distendent au point qu'il y a des coliques très-vives. Les garde-robes perdent leur régularité; elles sont tantôt trop fréquentes, tantôt très-rares, bilieuses, liquides, sèches ou dures. La jaunisse survient souvent, mais c'est principalement quand les calculs obstruent le conduit hépatique ou le canal cholédoque que ce fait a lieu.

Tels sont les symptômes qui, assure-t-on, dénotent la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'appareil biliaire. Mais outre que ces symptômes n'appartiennent pas tous à l'irritation du foie, et qu'il en est beaucoup parmi eux qui expriment une phlegmasie des organes digestifs, je ferai remarquer qu'on n'est nullement en droit d'établir que les douleurs violentes dans l'hypocondre, la tension, le gonflement de cette partie, sont occasionés par les corps qui nous occupent, car ces divers phénomènes morbides se manifestent également quand l'hépatite dépend des causes qui la produisent ordinairement. Ainsi donc, tant que les malades n'offrent que les signes renfermés dans le tableau que je viens de tracer, rien n'autorise à penser qu'ils ont des calculs biliaires. Lorsque ces calculs se font jour à l'extérieur, doit-on leur attribuer les dérangements avec lesquels leur expulsion coïncide? Voici quelle est mon opinion à cet égard: quand des pierres biliaires sont rendues par les selles ou par les vomissements, on n'est fondé à avancer qu'elles ont déterminé les désordres qu'on observe en pareille occurrence que tout autant que les symptômes de l'hépatite ont paru les premiers. Or je prouverai dans l'article suivant que, si les choses se passent de cette manière quelquefois, ce ne saurait être que fort rarement. Je vais plus loin: lorsque des calculs sortent par l'ouverture naturelle ou artificielle d'un abcès à l'hypocondre, il n'est permis d'affirmer qu'ils ont produit cet abcès que dans les cas où l'inflammation a commencé par le tissu hépatique. Si, au contraire, elle a débuté par la membrane muqueuse gastro-intestinale, la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'organe qui sécrète la bile ne doit être considérée que comme une circonstance fortuite ou simplement adjuvante.

Les calculs qui passent du foie dans le canal intestinal peuvent oblitérer ce dernier s'ils sont gros ou si les matières fécales s'agglomèrent et se durcissent autour d'eux. Dans ce cas comme dans les précédents on n'est sûr qu'il existe des pierres biliaires qu'après qu'on les a vues; mais ici, du moins, quand on les a vues, on ne peut rapporter à une autre cause les accidents qui accompagnent leur expulsion. Les obstructions intestinales de ce genre se terminent toujours par la mort lorsque la nature ou la médecine ne parviennent pas à les détruire (1).

Mais si par un moyen quelconque on réussit à déplacer les corps qui bouchaient le canal digestif, et à les faire sortir par l'anus, les souffrances cessent pour ainsi dire sur-le-champ.

J'ai dit que les calculs biliaires peuvent se former et acquérir un volume considérable sans produire un trouble sensible dans les fonctions. J'ajouterai que souvent ils n'entraînent aucune altération matérielle ou de structure du foie. Il arrive presque toujours aussi qu'on n'aperçoit pas le moindre changement dans les propriétés physiques ou dans la composition de la bile.

Les femmes, les hommes de cabinet, en général les personnes qui mènent une vie sédentaire, sont plus sujettes aux calculs biliaires que celles qui font beaucoup d'exercice ou qui se livrent à des travaux pénibles. Sandorf assure que les individus très-gras en souffrent plus souvent que ceux qui sont maigres. Haller et Soemmering prétendent que les prisonniers en sont très-fréquemment atteints. Hoffmann a cru remarquer qu'ils se développent principalement chez les personnes âgées, et Walter va jusqu'à établir presque comme une loi qu'on ne les observe pas chez l'homme avant trente ans. Mais cette règle souffre de nombreuses exceptions; car Walter lui-même parle d'une femme de vingt-cinq ans chez qui on trouva vingt-huit calculs biliaires; et Beverhoyt en a rencontré chez un fille de vingt-quatre ans, sur le corps d'un enfant de treize ans, et même chez un sujet beaucoup plus jeune.

Une chose sur laquelle les pathologistes n'ont pas insisté, ou de laquelle, du moins, ils n'ont tiré aucune conséquence, c'est que tous les malades qui rendent des calculs biliaires par les selles ou par les vomissements souffrent depuis long-temps de coliques intestinales et de douleurs à l'hypocondre

(1) Un homme âgé de 60 ans, et qui n'avait jamais eu de maladies graves, éprouva des étouffements accompagnés de toux, dont l'intensité alla toujours en augmentant, ce qui ne l'empêcha pas de se livrer à un travail pénible. Il commença subitement à vomir dans la nuit du 24 janvier 1827; un peu de dévoiement survint, mais ne tarda pas à être remplacé par une constipation opiniâtre. Les vomissements se renouvelèrent, devinrent de plus en plus fréquents. Le malade dépérit rapidement; il entra à l'infirmerie, le 30 janvier, et mourut après avoir constamment vomi, sans que la constipation eût cessé, et après avoir présenté les symptômes de la gastro-entérite. Le ventre était en outre plat et bas, et tuméfié dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva les marques d'une violente gastro-entérite, et de plus un calcul biliaire ayant un pouce trois lignes de hauteur et un pouce deux lignes de largeur. Ce calcul, engagé dans le jéjunum, l'obliterait entièrement. La vésicule biliaire était squirrheuse; le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était le siége d'une suppuration chronique. (*Annales de la doctrine physiologique*, août 1827, 8e numéro.)

droit. Or, comme chez presque tous ces individus les coliques intestinales ont constamment paru les premières, et s'étaient déjà renouvelées plusieurs fois quand l'hypocondre est devenu douloureux, on peut avec assez de raison penser que les calculs se sont développés alors sous l'influence de l'irritation qui a été transmise au foie par les voies digestives. Il n'en est pas de même pour les pierres biliaires qui ne se font pas jour à l'extérieur, et qui ne déterminent aucun trouble sensible dans les fonctions. Je sais bien qu'on pourrait alléguer, à la rigueur, que l'irritation hépatique bornée à son premier degré préside à leur formation ; mais ce ne serait là qu'une hypothèse : mieux vaut avouer franchement que nous ignorons quel est dans cette circonstance le mécanisme de leur production.

Les médecins de tous les temps ont administré une infinité de remèdes aux individus atteints de calculs biliaires. Les uns, sans trop connaître la nature et la composition de ces calculs, ont cherché les moyens de les dissoudre, et ont préconisé pour cela les solutions de muriate d'ammoniaque, de sous-carbonate de potasse, d'acétate de potasse, etc. Les autres, croyant avoir observé que les pierres biliaires qui se forment chez les animaux, et particulièrement chez les bœufs, ne se rencontraient que pendant l'hiver, au printemps, et disparaissaient en été, ont attribué la disparition de ces corps au changement de nourriture, à l'influence des herbes fraîches, et ont recommandé en conséquence les aliments végétaux, les sucs extraits du pissenlit, du trèfle d'eau, de la chicorée, de la fumeterre, de la saponaire, du cerfeuil, etc.; la décoction de ces mêmes plantes; les fruits bien mûrs, tels que les pommes, les poires, le raisin, etc. D'autres enfin, dans le but de provoquer l'expulsiou des calculs dont ils'agit, ont prescrit les purgatifs, les éméto-cathartiques, tous les prétendus fondants, et notamment le remède de *Durande*, qui est un mélange de trois parties d'éther sulfurique et de deux parties d'huile essentielle de térébenthine.

Pour moi, je n'hésite pas à avancer que les pierres biliaires n'exigent pas de traitement particulier. Si l'on réfléchit, en effet, 1° que l'existence de ces pierres ne peut être constatée que lorsqu'elles se font jour à l'extérieur; 2° que ce n'est que fort rarement qu'on est alors en droit de leur attribuer les accidents avec lesquels leur expulsion coïncide; 3° que, dans cette dernière hypothèse, les médicaments qu'on dirigerait contre elles ne pourraient qu'exaspérer la maladie qu'elles ont occasionée, et qui est, comme on sait, une irritation très-vive du foie et de la membrane muqueuse gastro-intestinale; si l'on réfléchit, dis-je, à ces diverses circonstances, on restera convaincu qu'il est beaucoup plus rationnel de combattre l'affection que je viens de nommer que de s'occuper de corps que nous n'avons d'ailleurs aucuns moyens de dissoudre ou d'expulser. Non-seulement les agents thérapeutiques dont j'ai parlé plus haut ne jouissent ni de l'une ni de l'autre de ces propriétés, mais la plupart sont des stimulants très-énergiques et qui par cela seul doivent être rejetés.

COLIQUE HÉPATIQUE.

L'opinion la plus généralement répandue sur le mode de production de la colique hépatique est qu'elle reconnaît toujours pour cause des pierres qui, logées dans le foie ou dans ses annexes, tendent à passer dans le duodénum. D'après cela, il est clair qu'on ne doit désigner sous le nom de colique hépatique que les cas où l'appareil biliaire est primitivement affecté. Or si l'on examine avec attention les observations qui portent ce titre dans l'ouvrage de M. Portal (1), on ne tardera pas à s'apercevoir que, dans toutes celles qui ont reçu un développement convenable, ou dont on peut du moins tirer quelque conséquence, les dérangements avaient commencé par la membrane muqueuse digestive. Les premiers phénomènes morbides qui se manifestèrent chez le président *Dormesson*, ainsi que chez Madame *Noël* et *l'abbé Bonafos* (2), provenaient d'une lésion du tube alimentaire ; ce ne fut que par la suite que la région hypocondriaquê droite devint douloureuse. Que conclure de là ? que l'état morbide qui nous occupe n'existe pas ? Non, certes, car rien ne s'oppose à ce que des pierres renfermées dans le foie n'irritent cet organe et ne déterminent *une douleur plus ou moins gravative, lancinante ou piquante, sans fièvre aiguë, qui a son siége principal dans l'hypocondre droit, et qui s'étend du parenchyme hépatique dans les parties voisines, l'estomac, le colon, etc.* (3). Mais ce qu'on ne saurait s'empêcher de m'accorder, c'est que nous ne possédons peut-être pas un seul fait d'où l'on puisse déduire rigoureusement l'existence de cet état morbide. Que si l'on me demande maintenant quelle est la maladie avec laquelle on l'a confondu si souvent, je répondrai que les auteurs ont donné le titre de colique hépatique à diverses affections, mais que l'espèce d'irritation intestinale qu'on appelle vulgairement *colique* me paraît l'avoir reçu toutes les fois que, par ses retours fréquents et le degré d'intensité qu'elle avait acquis, elle s'était propagée à l'appareil biliaire, et qu'à cette circonstance se joignait celle de l'expulsion de calculs par les selles ou par les vomissements.

M. Andral a publié dernièrement que la coli-

(1) C'est-à-dire non-seulement les faits de ce genre qu'il a recueillis lui-même, mais la presque totalité de ceux que les auteurs nous ont transmis.

(2) *Maladies du foie*, pages 171, 172, etc.

(3) C'est la définition que M. Portal donne de la colique hépatique. (Ouvrage cité, p. 184.)

que hépatique n'est autre chose, dans certains cas, qu'une névralgie ayant son siége dans le plexus hépatique. Cette manière de voir, si elle était fondée, apporterait nécessairement quelques modifications à celle d'après laquelle je viens d'argumenter ; mais, sans nier la possibilité des névralgies du foie, je ferai observer qu'elles sont entièrement inconnues, et qu'une théorie qui reposerait sur une pareille base ne serait qu'une pure hypothèse (1).

DU MODE DE PRODUCTION DE L'ASCITE A LA SUITE DES MALADIES DU FOIE.

L'ascite n'est point une maladie du foie ; mais comme elle se développe très-souvent pendant le cours des affections de ce viscère, je suis bien aise de dire ici quel est dans ce cas son mode de production. Lorsqu'un individu, après avoir présenté tous les signes d'une hépatite aiguë, devient hydropique, il est clair que l'épanchement de sérosité dépend d'une cause sthénique : c'est un surcroît d'activité sécrétoire du péritoine qui le produit. Pour ce qui concerne l'ascite qui se forme à la suite d'une obstruction hépatique, il était encore généralement admis, au commencement de ce siècle, que les collections aqueuses abdominales qu'on observe en pareille occurrence provenaient *de ce que, le foie étant obstrué, et, par ce fait, imperméable à la lymphe pompée par les bouches des absorbants, ce liquide s'accumulait dans le bas-ventre* (2). Aujourd'hui que nous sommes mieux fixés sur la nature et les causes des maladies, la plupart des médecins pensent que la variété de l'ascite qui nous occupe est occasionée par une phlegmasie chronique de l'organe sécréteur de la bile. La dernière de ces propositions est sans contredit beaucoup plus rationnelle que la première ; cependant elle ne donne pas une idée parfaitement juste du mécanisme par lequel s'opère alors l'hydropisie. On aurait tort de se figurer en effet que ce phénomène pourrait avoir lieu si les désordres se bornaient au parenchyme hépatique : le foie n'est point susceptible d'exhaler de sérosité, comme semble l'insinuer M. Itard (3). Ce n'est jamais que lorsque l'irritation s'est communiquée au péritoine que les fluides s'épanchent dans l'abdomen.

Cette explication ne s'accorde pas avec la manière de voir de M. Bouillaud, qui, comme on sait, prétend que la cause immédiate de l'ascite dite passive est l'oblitération de la veine porte. Mais je ferai remarquer d'abord que l'hydropisie dont il s'agit peut se manifester dans les affections chroniques du foie qui ont reçu le nom d'*obstructions*, sans que la veine-porte se trouve oblitérée, ou qu'il y ait même dans l'économie aucun autre obstable au retour du sang. D'un autre côté, si l'on reconnaît avec moi que les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, etc., dépendent constamment d'une irritation, on ne saurait me refuser que, lorsque l'une de ces productions morbides coexiste avec un obstacle au cours du sang, le premier de ces ordres de causes concourt comme le second à la production de l'hydropisie. Si, au contraire, on se croit en droit de nier la nature sthénique des obstructions hépatiques, et qu'un obstacle au cours du sang veineux soit dans ce cas la seule lésion apparente à laquelle on puisse attribuer l'ascite, on n'est nullement autorisé pour cela à établir que la cause prochaine de celle-ci a été le ralentissement de la circulation veineuse. Toutes les fois que les veines abdominales distendues par les fluides n'absorbent plus, le sang artériel se ramasse dans le péritoine, parce que, d'une part, le cœur continue à lui en envoyer, et que, de l'autre, les radicules veineuses de cette membrane ne contribuent plus à dégorger les radicules artérielles qui leur correspondent. L'accumulation du sang rouge devient une cause de stimulation pour le tissu péritonéal; l'activité sécrétoire de ce tissu augmente, et il résulte de ce fait une collection d'eau plus ou moins considérable. Ainsi, quand même on ne regarderait pas les tubercules, les cirrhoses, etc., comme le produit d'une maladie irritative, on serait toujours forcé de m'accorder que l'obstacle au cours du sang, qui, selon M. Bouillaud, détermine immédiatement l'hydropisie dans cette circonstance, ne l'occasione que par l'intermédiaire du péritoine surexcité.

Lors donc que les obstructions du foie existent seules ou qu'elles sont compliquées d'un obstacle au cours du sang, et qu'une ascite survient, la cause prochaine de celle-ci est l'irritation. L'ascite dite passive est donc de même nature que l'ascite sthénique ; la première est à la seconde ce qu'une affection chronique est à une affection aiguë.

MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION DE LA BILE.

Les voies d'excrétion de la bile sont susceptibles de s'enflammer, et leur inflammation peut se borner à l'un des tissus qui entrent dans leur structure, ou les affecter tous en même temps. M. Louis a vu la membrane qui tapisse leur surface interne ulcérée ; M. Andral a eu occasion, au contraire, de la trouver très-tuméfiée, épaissie, hypertrophiée. Suivant ces messieurs également, les tissus subjacents à cette membrane sont tantôt infiltrés de sé-

(1) Voyez, pour le traitement de la colique hépatique, ce que je dis page 198, relativement à la conduite qu'il convient de tenir dans les cas où les malades rendent des calculs par les selles ou par quelque autre voie.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXII, page 378.

(3) Ouvrage cité, tome *id.*, page *id.*

rosités ou de pus, tantôt ramollis, profondément ulcérés ; dans certains cas, considérablement épaissis, indurés, squirrheux ; ailleurs enfin transformés en tissus fibreux, cartilagineux, ou parsemés de plaques osseuses.

Il arrive quelquefois que les calculs qui se forment ou s'engagent dans les voies biliaires deviennent pour elles une cause de phlegmasie ; mais le plus ordinairement leur irritation se déclare sous l'influence de celle du tube digestif, du parenchyme hépatique, ou des organes qui leur sont contigus.

La cavité des canaux cystique, hépatique ou cholédoque peut s'effacer complètement : ces canaux ressemblent souvent alors à de véritables cordons fibreux. Lorsque leur oblitération n'est que partielle, ce qui est le plus commun, la portion de la cavité qui n'est pas obstruée conserve son calibre normal ou acquiert plus d'ampleur. Dans un cas particulier où un calcul bouchait l'orifice duodénal du canal cholédoque, M. Andral assure que celui-ci était tellement dilaté dans le reste de son étendue, que son diamètre égalait celui de la veine porte. On conçoit facilement que le même effet aurait pu avoir lieu si l'obstacle avait été dû à une autre cause.

La membrane muqueuse de la vésicule peut aussi épaissir au point d'en oblitérer entièrement la cavité. On a vu cette poche ne former plus qu'un petit corps plein auquel se terminait le canal cystique. Si l'on en croyait même les auteurs, elle aurait entièrement disparu quelquefois, et l'on n'aurait trouvé à sa place que du tissu cellulaire plus ou moins condensé.

J'ai parlé, dans l'un des articles précédents, des pierres qui passent du foie dans la vésicule, ou qui se développent primitivement dans celle-ci. Ce qu'il me reste maintenant à signaler à l'attention des praticiens, c'est que, lorsque le canal cholédoque est oblitéré et que les conduits hépatique et cystique ne le sont pas, la bile s'accumule dans son réservoir et donne lieu à une tumeur qui dépasse le bord tranchant du foie.

Cette tumeur, située presque toujours immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes droites, s'étend parfois plus bas dans l'hypocondre, et sa direction en pareille occurrence est tantôt perpendiculaire, tantôt singulièrement inclinée en arrière ou en avant. M. Andral a rencontré un individu chez qui la vésicule avait acquis des dimensions si extraordinaires, qu'elle touchait la crête iliaque, et même descendait jusque dans la fosse de ce nom.

Les tumeurs biliaires ont été prises assez fréquemment pour des abcès hépatiques. Le célèbre J. L. Petit commit cette méprise, et c'est ce qui le porta à chercher à déterminer les signes qui caractérisent chacune de ces affections, et à fournir ainsi le moyen de les distinguer l'une de l'autre.

Suivant lui, l'intumescence qui dépend d'un abcès hépatique est large, non circonscrite, et peut occuper tous les points de l'abdomen qui correspondent au foie ; celle qui est occasionée par la vésicule du fiel est circonscrite, et se manifeste le plus souvent au-dessous des fausses côtes droites. Dans le premier cas, les parties enflammées offrent long-temps une dureté profonde à laquelle succède un empâtement qui ne se dissipe qu'après que le pus a été évacué ; la fluctuation ne se fait sentir qu'au centre de la tumeur, et le pourtour en est constamment dur et élevé. Dans le second cas, il n'y a ni dureté ni empâtement ; la fluctuation est évidente partout. J'ajouterai que les abcès hépatiques, presque constamment précédés de douleurs pulsatives, s'accompagnent d'alternatives de sueurs et de frissons, d'exacerbations vers le foie, d'un état d'abattement qui n'est pas en rapport avec la diminution des douleurs, etc., ce qui généralement ne s'observe pas dans les tumeurs biliaires.

Lorsque la vésicule se trouve distendue outre mesure, la tumeur qu'elle constitue disparaît, si l'obstacle qui s'opposait à l'écoulement de la bile cesse d'exister. Cette tumeur se dissipe également quand la vésicule se rompt et donne issue au liquide qu'elle contient. Dans ce cas, si cette poche a préalablement contracté des adhérences avec les parois abdominales, la bile se fait jour à l'extérieur ; ce fluide passe, au contraire, dans un autre organe creux, s'il s'est opéré entre cet organe et la vésicule quelque communication insolite. Ces deux circonstances exceptées, c'est toujours dans le péritoine que s'effectue l'épanchement.

Le réservoir de la bile peut se déchirer par le fait seul de sa distension ; mais le plus communément sa rupture est due à ce que les parois atteintes d'une inflammation chronique s'altèrent, s'amincissent et se perforent. Cette rupture, au surplus, n'est pas la conséquence nécessaire du non-rétablissement du cours de la bile : il est des tumeurs biliaires qui persistent jusqu'à la mort ; on prétend même qu'il y en a où les parois de la vésicule, loin de s'amincir en se distendant, comme il semble que cela devrait être, acquièrent plus d'épaisseur qu'elles n'en ont dans l'état physiologique, et présentent des fibres rougeâtres, d'apparence musculaire.

ICTÈRE.

On donne le nom d'*ictère*, d'*ictéricie*, de *jaunisse*, à la coloration en jaune de la peau. Cet état du derme est presque toujours lié à une altération organique appréciable de l'un des points de l'appareil biliaire, et c'est ce qui fait qu'aujourd'hui on le regarde non comme une maladie, mais comme un symptôme de maladie.

Lorsque l'ictère se développe chez un individu,

il commence par la conjonctive, vers l'angle interne des yeux, d'où il se répand sur toute la portion de cette membrane qui recouvre la cornée transparente. Bientôt après, la peau des tempes, les commissures des paupières, le pourtour des lèvres et des ailes du nez, se colorent en jaune. Viennent ensuite le cou, la partie antérieure de la poitrine, la paume des mains, le bout des doigts, les ongles même, et successivement toute l'habitude extérieure du corps. Les lèvres, quoi qu'en aient dit quelques écrivains, restent constamment rouges chez les ictériques. La peau présente souvent, surtout dans ses plis ou ses rides, des lignes jaunes, de petites taches jaunes ou brunes, qui s'agrandissent, se confondent, et forment des plaques plus ou moins étendues. La jaunisse peut être partielle; et ce qui est assez remarquable, c'est qu'elle se montre quelquefois alors sur des surfaces qui, dans l'ictéricie générale, sont peu ou point colorées. M. Ferrus parle d'une femme de la Salpétrière « chez qui la plupart des solides, à l'exception de la peau, furent trouvés d'une teinte ictérique très-intense; le tissu sous-arachnoïdien et le tissu adipeux de tout le corps étaient infiltrés d'une sérosité de couleur jaune safranée. Le foie était gros et gorgé de sang, mais aucun obstacle apparent ne s'opposait à l'excrétion de la bile. La vésicule en contenait une grande quantité d'une teinte foncée; la moindre pression la faisait couler dans le duodénum (1). » On a vu des sujets chez qui la face était colorée seule en jaune. Une fille tourmentée depuis un mois par une démangeaison des téguments des mamelles eut ces parties frappées d'ictéricie immédiatement après l'emploi de quelques purgatifs. On lit dans les *Ephémérides des curieux de la nature* l'observation d'un homme dont le côté gauche avait pris une couleur jaune, tandis que le côté droit était noir et le visage vert.

Les auteurs prétendent que dans l'ictère les déjections alvines sont pour l'ordinaire décolorées, grisâtres, presque blanches; mais je crois pouvoir assurer qu'il est beaucoup plus commun qu'on ne pense de les voir conserver leur couleur naturelle. Les urines, également, n'offrent pas toujours d'altération notable. Lorsqu'elles éprouvent quelques changements, c'est d'abord sous le rapport de leur limpidité, qui paraît plus grande que dans l'état normal; bientôt après elles deviennent d'un jaune foncé et teignent en jaune le linge et le papier. Vers la fin des accidents, c'est-à-dire à l'époque où, la maladie qui occasione l'ictère disparaissant, ce dernier disparaît aussi, les urines sont assez souvent troublées par un sédiment rougeâtre extrêmement ténu, qui se dépose très-lentement. « C'est encore vers cette période qu'elles présentent quelquefois à leur superficie une couche comme huileuse qui donne des reflets assez vifs et pour ainsi dire métalliques. Ce caractère, d'ailleurs, n'est point propre à l'ictéricie : il se remarque toutes les fois que les urines se décomposent à l'air libre; il est seulement ici moins tardif (1). »

La jaunisse peut ne s'accompagner que des symptômes que je viens d'énumérer. Quand, par exemple, elle reconnaît pour cause une vive émotion morale, la respiration et la circulation conservent fréquemment une intégrité parfaite; il n'est pas rare même que, très-peu de temps après son développement, les organes digestifs ne fournissent aucun signe d'irritation. Mais dans le plus grand nombre des cas d'ictère il n'en est point ainsi, et à l'ensemble des phénomènes dont il s'agit se joignent les symptômes suivants : dans le principe, dégoût, anorexie; langue couverte d'un enduit jaunâtre qui s'étend quelquefois aux dents, aux gencives et à toute la membrane muqueuse buccale; goût de bile, rapports de gaz acerbes, etc.; à une époque plus avancée, nausées, vomissements, fièvre, douleur vive dans l'hypocondre droit, etc.

Les médecins anciens pensaient généralement que la coloration en jaune de la peau provenait de la bile, qui, par une cause qu'ils ne connaissaient pas, se mêlait au sang et circulait avec lui. Plus tard, lorsque l'anatomie pathologique eut appris que, toutes les fois que le canal cholédoque est oblitéré, le phénomène qui nous occupe a lieu, on fut conduit à poser en principe que les nombreux absorbants du foie étaient le moyen par lequel la bile ou seulement quelques-uns des éléments qui la composent passaient dans le torrent circulatoire. Vers la fin du siècle dernier, quelques pathologistes avancèrent qu'il y avait dans l'ictère *dissociation des éléments du sang, et formation d'un liquide particulier, analogue à la bile uniquement sous le rapport de la couleur, et qui s'épanchait entre les lames du tissu cellulaire.* D'autres, ayant cru remarquer 1° que l'espèce de spasme qu'on appelle *chair-de-poule* donne quelquefois une teinte jaunâtre à la peau, 2° que ce genre de spasme cesse constamment avec la vie, et que la couleur ictérique disparaît quelquefois aussi après la mort, conclurent de ces diverses circonstances que la plus grande analogie existait entre l'état spasmodique dont je viens de parler et la jaunisse, et que par conséquent celle-ci n'était que le résultat *d'une modification apportée à la circulation dermique.* Deux ou trois écrivains de nos jours ont publié *que l'ictère dépend de ce que le foie cesse de séparer de la masse du sang les matériaux de la bile que l'on suppose y exister* (2). Enfin M. Dubreuil,

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, t. XII, page 20.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, t. XII, page 21.

(2) Andral, *Clinique médicale*, tome IV, p. 57.

professeur à Montpellier, s'est cru en droit d'établir tout récemment que *la teinte ictérique est la suite d'une modification maladive des parties constituantes du sang, peut-être de la matière colorante portée sur le sérum* (1).

Ces cinq théories prouvent d'une part qu'on a de tout temps cherché à expliquer comment, à l'occasion d'un état morbide existant dans le foie ou ailleurs, il arrive qu'une matière colorante jaune vient à imprégner plusieurs de nos tissus et se montre en même temps dans les liquides; de l'autre, que les médecins ne sont pas d'accord sur ce point de pathologie. Que si l'on me demande maintenant ce que je pense de chacune d'elles en particulier, je répondrai que la 2e, la 4e et la 5e, sont basées sur des suppositions purement gratuites (*la dissociation des éléments du sang, la présence des principes constitutifs de la bile dans le sang normal, le transport de la matière colorante sur le sérum*); que la 3e est également insoutenable, car il est faux que la teinte que prend la peau dans ce qu'on appelle *chair-de-poule* ressemble en rien à celle de la jaunisse, et personne n'ignore que cette dernière ne disparaît après la mort que très-rarement. La théorie des anciens, telle qu'elle a été modifiée par les anatomo-pathologistes, mérite seule, selon moi, d'être prise en considération. Je n'ignore pas qu'on a allégué que dans cette manière de voir on n'expliquait pas la formation des jaunisses qui dépendent d'une cause autre que l'oblitération du canal cholédoque ou du conduit hépatique, et que d'ailleurs, si ce fluide, dont les propriétés sont si marquées, était absorbé, il ne circulerait pas impunément dans les vaisseaux sanguins, où l'introduction des substances les moins actives produit toujours des accidents graves. Mais je ferai observer, relativement à la première de ces objections, qu'il n'y a aucune raison pour croire que la bile n'est pas absorbée dans ce cas. Nous verrons plus bas, en effet, que les diverses espèces d'ictère dont parlent les auteurs n'ont lieu que tout autant que le foie est atteint d'irritation. Or il ne répugne nullement d'admettre que les absorbants contenus dans ce viscère, étant nécessairement alors surexcités, pompent la bile, ou s'emparent seulement de quelques-uns de ses principes et les transportent dans le torrent circulatoire. Quant à la seconde, ceux qui l'ont avancée disent à l'appui que M. Magendie affirme qu'un animal d'un volume moyen mourut après qu'on lui eut injecté dans les veines sept grammes de bile. Mais est-on sûr que la bile que M. Magendie injecta n'avait pas acquis, par le contact de l'air, des qualités plus âcres, plus corrosives, que celles qu'elle avait pendant qu'elle était renfermée dans la vésicule? Et si on ne l'est pas, est-on autorisé, je le demande, à regarder les conséquences qui découlent de ce fait comme très-rigoureuses? On a tort d'assimiler les expériences plus ou moins imparfaites des vivisecteurs aux opérations de la nature, et de se figurer que les unes et les autres doivent avoir les mêmes résultats. Pour que ceux-ci fussent identiques, il faudrait qu'il y eût identité dans les procédés, et cela n'est pas. De pareilles objections, au surplus, perdent toute leur force devant les belles recherches de MM. Orfila, Chevreul, etc., qui, comme on sait, ont démontré que le sang et les urines des ictériques contiennent plusieurs des principes constituants de la bile. Vainement m'opposera-t-on que ces principes existent dans le sang normal. La preuve du contraire, c'est qu'on n'a jamais rencontré les matériaux de la bile que dans le sang et les urines des ictériques. Dire que chez les autres individus ces matériaux ne peuvent être découverts dans nos humeurs, parce qu'ils s'y trouvent en trop petite quantité, éliminés qu'ils sont par le foie (1), c'est substituer une hypothèse à une réalité.

De toutes les théories qui ont été émises sur la question qui nous occupe, celle des anciens, je le répète, est la seule qui mérite d'être prise en considération. Fondée sur la liaison presque constante d'une maladie appréciable du foie avec l'ictère, sur l'analogie de la teinte ictérique avec celle des tissus animaux qui sont imprégnés de bile, sur la certitude qu'on a qu'un obstacle à l'excrétion de la bile entraîne toujours la coloration en jaune de la peau, sur la présence de ce fluide ou de quelques-uns de ses principes dans le sang chez les ictériques, tout concourt à lui donner l'apparence de la vérité et me détermine à l'adopter.

L'affection dans laquelle l'ictère s'observe le plus communément est l'hépatite aiguë ou chronique.

La gastro-entérite, que presque tous les pathologistes mettent au nombre des causes de la jaunisse, ne la produirait jamais si elle existait seule. Ce n'est que lorsque cette phlegmasie s'est communiquée au foie et que celui-ci est atteint d'irritation que la peau se colore en jaune.

L'anatomie pathologique nous a fait connaître depuis long-temps que les obstacles mécaniques à l'écoulement de la bile s'accompagnent constamment d'ictéricie. Ces sortes d'obstacles ont leur siége dans les canaux hépatique et cholédoque. Pour ce qui concerne la vésicule et le conduit cystique, leur oblitération ne détermine pas la coloration en jaune de la peau, sans doute parce qu'elle n'empêche pas la bile de continuer à passer dans les voies digestives. On s'accorde généralement à regarder les calculs qui se trouvent logés dans les canaux hépatique et cholédoque comme une cause

(1) *Ephémérides médicales*, 1826.

(1) Andral, *Clinique médicale*, tome iv, page 57.

fréquente de leur obstruction. Il arrive quelquefois que la membrane muqueuse du dernier de ces conduits s'enflamme sous l'influence d'une gastro-entérite et s'épaissit au point de l'oblitérer complètement; on a vu aussi un ver s'introduire par son orifice duodénal et le boucher. Mais, le plus ordinairement, les obstacles qui nous occupent dépendent d'une compression exercée soit par une tumeur du foie, soit par des kystes, des masses squirrheuses, développés dans les organes qui touchent les canaux excréteurs. M. Portal cite un cas où la partie droite du pancréas tuméfiée et dure comprimait l'orifice du canal cholédoque; il parle également d'un notaire chez qui le même orifice était oblitéré par une tumeur cancéreuse située dans le duodénum (1).

Lorsque l'un des canaux hépatique et cholédoque est obstrué, la bile s'accumule au-dessus de l'obstacle, et par son séjour devient un stimulant pour les vaisseaux biliaires et les derniers ramuscules de ces vaisseaux. De là l'irritation se propage au parenchyme hépatique : c'est alors seulement que la jaunisse se manifeste.

Il n'est pas rare de voir l'ictère survenir à la suite des opérations chirurgicales longues et douloureuses, d'une plaie d'arme à feu, d'une plaie par déchirement, d'une hernie étranglée, d'une entorse, etc. D'autres fois ce phénomène se déclare subitement après un accès de colère, une vive frayeur, etc. « Les auteurs, dit M. Portal, ont consigné dans leurs écrits des exemples de ces jaunisses, et particulièrement Lazare Rivière, Hoffmann, Morgagni, Lallemand, qui a écrit un assez bon traité sur les passions; on y voit que des criminels ont eu la jaunisse la plus intense dès qu'on leur a prononcé leur arrêt de mort, que d'autres personnes sont devenues très-jaunes en apprenant la perte d'un procès, la mort inattendue de quelqu'un tendrement aimé (1). » Les passions tristes long-temps prolongées favorisent aussi le développement de la teinte ictérique, et plusieurs médecins assurent que les passions gaies peuvent avoir le même résultat. Dans tous ces cas, la jaunisse a été regardée comme provenant d'une cause purement nerveuse; mais la vérité est qu'elle n'a lieu que parce que, sous l'influence de l'une des causes dont il est question dans ce paragraphe, la membrane muqueuse gastro-intestinale fortement surexcitée a fait participer le foie à son état de souffrance. Les accidents généraux qui accompagnent les grandes opérations de chirurgie, les plaies d'armes à feu, etc., débutent toujours par le tube alimentaire, et l'on peut sans crainte avancer que l'irritation du parenchyme hépatique n'est jamais alors que consécutive à celle des voies digestives.

(1) *Maladies du foie*, pages 124 et 127.

(2) *Maladies du foie*, page 141.

C'est aussi par l'intermédiaire d'une irritation gastro-intestinale que les vives affections de l'âme, les passions tristes ou gaies déterminent l'ictère. M. Andral pense que le cerveau réagit directement en pareille occurrence sur le plexus hépatique. Mais si l'on réfléchit 1° que l'ictéricie dite *spasmodiques* ne s'observe que chez les individus très-irritables, très-disposés aux maladies de l'appareil biliaire, qui présentent en un mot tous les caractères de ce que les anciens appelaient *pléthore bilieuse*; 2° que le cerveau et l'estomac sont liés par les sympathies les plus étroites, et qu'il n'est pas prouvé que le premier de ces organes soit en rapport intime d'action avec le foie; 3° que les passions tristes coexistent le plus souvent avec une gastrite chronique; 4° que l'hépatite qui se développe pendant le cours d'une phlegmasie cérébrale non traumatique a constamment été précédée des symptômes de la gastro-entérite; si l'on réfléchit, dis-je, à ces diverses circonstances, on en conclura sans peine que l'état du foie qui produit l'espèce d'ictère dont il s'agit ici reconnaît pour cause prochaine une lésion gastro-intestinale, qui, elle-même, est survenue immédiatement après une émotion morale vive, telle qu'une grande frayeur, un accès de colère, etc.

La jaunisse qui se manifeste quelquefois chez les femmes enceintes est due, suivant les uns, au développement de la matrice, qui, dans la grossesse, apporte une gêne plus ou moins considérable à la sécrétion de la bile; suivant les autres, au contraire, *ce phénomène doit être rapporté à un nouveau mode d'action de tous les viscères abdominaux, à une sorte de spasme qui correspond à celui qu'éprouve l'utérus pendant les premiers mois de la gestation* (1). Pour moi je pense que l'influence sympathique que la matrice exerce sur les voies digestives dans la grossesse nous donne une raison très-satisfaisante du mode de production de l'ictère dans ce cas. C'est encore ici une irritation gastro-intestinale qui, transmise au foie, occasione la coloration en jaune de la peau.

J'ai avancé, comme on sait, en réfutant l'une des objections qu'on a faites à la théorie de l'absorption de la bile, que nous verrions plus bas que l'ictère ne s'observe que tout autant que le foie est atteint d'irritation. Cette proposition se trouve démontrée maintenant, car il résulte de ce que je viens de dire sur les diverses causes que les auteurs ont assignées à la coloration en jaune de la peau que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles ce phénomène ait lieu, la condition *sine quâ non* de son existence est le développement antérieur d'une irritation du foie, tantôt légère et ne s'annonçant que par les signes

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, t. XII, page 18.

qui dénotent une supersécrétion de bile, tantôt offrant les caractères d'une hépatite plus ou moins intense. Cela posé, si l'on se rappelle que les matériaux de la bile n'ont jamais été rencontrés que dans le sang et les urines des ictériques, on sera naturellement conduit à établir que, puisque d'une part la teinte ictérique ne commence à se manifester que lorsque le parenchyme hépatique est devenu le siége d'une surexcitation morbide, et que de l'autre les éléments de la bile n'existent pas normalement dans nos humeurs, la formation de la jaunisse est due en définitive à ce que, le foie étant atteint d'irritation chez les ictériques, les absorbants de ce viscère sont nécessairement alors doués d'une activité plus grande que de coutume, et pompent le fluide biliaire ou s'emparent seulement de quelques-uns de ses principes et les transportent dans le torrent circulatoire. On m'opposera sans doute qu'il arrive souvent que la jaunisse n'accompagne pas l'irritation hépatique, et qu'elle devrait cependant en être inséparable, s'il était vrai qu'elle dépendît de ce que, le foie étant atteint d'irritation, les absorbants qui entrent dans la structure de ce viscère se trouvent surexcités et exercent leur action sur la bile. Mais ici comme dans beaucoup d'autres cas il faut faire la part de ce qui nous échappe dans l'étude des causes des maladies, et que dans notre ignorance nous désignons sous le nom d'idiosyncrasie, de disposition individuelle. Si tel sujet souffrant d'une hépatite ne devient pas ictérique, tandis que tel autre affecté de la même phlegmasie, ou n'ayant qu'une irritation du foie peu prononcée, voit sa peau se colorer en jaune, c'est que la constitution de ce dernier l'y dispose davantage.

Les pathologistes ont appelé *symptomatique* l'ictéricie qui dépend d'une hépatite aiguë ou chronique, d'un abcès ou d'une dégénérescence du tissu propre du foie; *spasmodique* ou *essentielle* celle qui se développe après une émotion morale vive, pendant la grossesse, etc.; *calculeuse* celle qui survient lorsque des pierres ont produit l'obstruction du canal cholédoque; *par compression* celle qui résulte de l'oblitération des canaux excréteurs par une tumeur située dans leur voisinage. Mais je ferai remarquer que, dès le moment qu'il demeure démontré que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles la jaunisse ait lieu, son développement a toujours été précédé d'une irritation du foie, il est clair qu'elle n'est jamais qu'un symptôme de cette dernière, et que par conséquent les titres de *spasmodique*, de *calculeuse*, etc., ne lui conviennent nullement. Ces dénominations d'ailleurs ont cela de vicieux qu'elles ne donnent pas une idée exacte du mécanisme par lequel la peau se colore en jaune.

Lorsque l'ictère se déclare à la suite de l'une de ces irritations gastro-hépatiques qui sont occasionnées par un accès de colère, une vive frayeur, etc., il persiste, en général, plus ou moins long-temps après que tous les signes de l'affection simultanée du foie et du tube digestif ont disparu. Dans tous les autres cas, sa durée est le plus ordinairement subordonnée à celle de la maladie qui le détermine.

La jaunisse, n'étant qu'un symptôme, n'exige pas de traitement particulier. Cependant je crois que, quand elle survit à la cause qui l'a produite, on pourrait activer sa disparition par de légers purgatifs, les bouillons, les apozèmes amers et apéritifs, les sucs de plantes borraginées, chicoracées, etc.

DE LA BILE.

Des analyses récentes et bien faites ont prouvé que la bile humaine contient, sur 1100 parties, 1000 d'eau, 42 d'albumine, 41 de substance résineuse, 2 à 10 de matière jaune, 5 à 6 de soude libre, 4 à 5 de phosphate, d'hydrochlorate et de sulfate de soude, de phosphate de chaux et d'oxide de fer. Mais il est un point sur lequel les chimistes modernes ne sont pas d'accord : les uns disent avoir rencontré dans la bile de l'homme une certaine quantité de picromel, les autres prétendent que ce fluide n'en renferme pas du tout. M. Orfila semble pencher pour cette dernière opinion; cependant, s'il est vrai que, comme il l'assure, on obtienne, en versant du sous-acétate de plomb dans de la bile, un précipité d'oxide de plomb et de picromel, il faut bien que celui-ci existe dans la liqueur qui nous occupe.

La bile cystique de l'homme est verte, d'un brun jaunâtre, tantôt filante, tantôt liquide, toujours plus ou moins amère. Elle verdit le sirop de violette plus fortement que celle de bœuf; lorsqu'on la chauffe elle répand l'odeur du blanc d'œuf et se trouble. Les acides la décomposent et la précipitent; traitée par l'alcool, elle donne un précipité d'albumine et de matière jaune.

Si on la filtre et qu'on la traite par l'acétate de plomb, elle laisse précipiter de la matière verte. Enfin, si on la filtre de nouveau, et qu'on verse dessus du sous-acétate de plomb, on a pour résultat, suivant M. Orfila, un précipité de picromel et d'oxide de plomb,

La bile peut éprouver diverses altérations dans sa composition. Quelquefois elle perd de ses qualités stimulantes; d'autres fois elle devient extrêmement corrosive. Morgagni parle d'un individu qui était mort subitement et chez qui la bile avait acquis une telle acrimonie, qu'il suffit d'en introduire une goutte avec la pointe d'un scalpel sous la peau de deux pigeons pour les faire périr en peu d'instants. M. Portal a avancé, dans son ouvrage sur les maladies du foie, *que, lorsque ce viscère est ce*

qu'on appelle gras, et que les quatre cinquièmes de sa substance sont ainsi changés (1), la bile est claire, limpide, sans saveur, purement albumineuse, et n'a presque pas de sérum; quand on la soumet à l'évaporation elle se prend en masse, et l'on n'y découvre que des atomes de soude et de sels. M. Andral a eu occasion de rencontrer cet état de la bile, non-seulement dans les dégénérations graisseuses du foie, mais dans quelques cas d'atrophie de cet organe portée à un haut degré, et dans quelques autres où le parenchyme hépatique était induré, ou présentait des cyrrhoses, des granulations rouges.

Les altérations de la bile dont il vient d'être question sont les seules qu'on ait observées jusqu'ici. L'une d'elles, comme on voit, se trouve toujours liée à une lésion de texture du foie. Quant à l'autre, elle ne fut pas évidemment la cause de la mort chez le sujet dont parle Morgagni, et tout porte à croire que c'est aussi un état pathologique de l'appareil biliaire qui la détermine. Le fluide qui nous occupe est-il susceptible de s'altérer spontanément? ou, en d'autres termes, y a-t-il des affections primitives de la bile? Cela peut être, mais nous ne savons rien de positif à cet égard.

(1) Page 83.

FIN.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES.

Pages.

PRÉFACE. 159

IRRITATION DU FOIE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES. 161
On n'a décrit jusqu'ici qu'un degré de l'hépatite. 161
L'irritation du foie peut exister et ne pas constituer néanmoins une phlegmasie. 161
Division de cet article. 162

SÉMÉIOLOGIE.

PREMIER DEGRÉ DE L'IRRITATION DU FOIE. 162
L'auteur donne ce nom aux deux nuances les plus légères de l'irritation hépatique. 162
Signes qui caractérisent ces deux nuances. 162
Il est impossible de tracer entre elles une ligne de démarcation bien tranchée. 162
On peut cependant parvenir jusqu'à un certain point à les distinguer l'une de l'autre. 163
HÉPATITE AIGUE. 163
Signes qui, d'après les auteurs, peuvent survenir à la suite de l'hépatite aiguë. 163
Ces signes expriment une affection multiple qui consiste dans l'inflammation simultanée du tube digestif, du foie et du péritoine. 163
On le prouve. 163
On détermine quels sont les symptômes qui, parmi ceux qu'on observe dans la gastro-hépato-péritonite, sont occasionés directement par chacun des trois organes qu'on vient de nommer. 167-168
L'inflammation du tissu du foie ne s'élève jamais à un haut degré d'intensité sans se propager au péritoine et au tube digestif. 170
On a de tout temps admis deux espèces d'hépatite. 170
Signes qui, d'après les pathologistes, caractérisent ces deux espèces. 170
La division de l'hépatite en superficielle et en profonde n'est nullement rationnelle. 170
Ce qu'on doit entendre par hépatite partielle. 171
L'opinion des médecins qui rapportent les signes de l'hépatite superficielle à la péritonite sus-hépatique, et ceux de l'hépatite profonde à l'inflammation des vaisseaux biliaires, doit être rejetée. 171
HÉPATITE CHRONIQUE. 171
Sa marche. 171
Ses signes. 171
On n'en reconnaît quelquefois l'existence qu'après la mort. 172
La tuméfaction du lobe de Spigel ne doit pas être mise au nombre des symptômes de l'hépatite aiguë ou chronique. 172
On résume la discussion. 172
Signes qui caractérisent l'irritation hépatique ; 1° à son premier degré ; 2° lorsqu'elle a fait plus de progrès, mais que néanmoins elle n'en a pas fait assez pour se propager à des tissus autres que le foie ; 3° quand elle s'est communiquée au péritoine et au tube digestif. 172
Les signes qui proviennent de l'irritation hépatique dans le dernier de ces trois cas ne se développent jamais tous sur un même individu. 173
Ceux qu'on rencontre le plus souvent sont la douleur et l'augmentation du volume du foie. 173
Différence qu'il y a entre la douleur que l'inflammation du parenchyme hépatique occasione et celle qui dépend de la phlegmasie de la portion du péritoine qui lui correspond. 173
La vue suffit dans quelques cas pour juger des changements qui se sont opérés dans la forme et le volume du foie. 173
Le plus ordinairement il faut recourir au palper. 173
Manière de le pratiquer. 173
Il fournit le moyen de distinguer les lésions organiques du foie de celles des tissus voisins. 173
TERMINAISONS. 174
L'irritation hépatique, quoique n'étant qu'à son premier degré, peut se terminer par l'hypertrophie ou l'obstruction du foie. 175
L'hypertrophie peut être générale ou partielle. 175
Caractères de l'hypertrophie et de l'obstruction. 175
TERMINAISONS DE L'HÉPATITE AIGUE. 175

Pages.

Résolution. 175
Suppuration. 176
Signes qui indiquent que la suppuration se forme ou qu'elle a lieu déjà. 176
Métastase. 177
Engorgement sanguin du tissu du foie. 177
Gangrène. 177
Passage à l'état chronique. 177
TERMINAISONS DE L'HÉPATITE CHRONIQUE. 177
Suppuration. 177
Dégénération graisseuse du foie. 178
Caractères de cet état. 178
Les masses adipocireuses qu'on trouve dans le foie ne sont que le plus haut degré de la dégénération graisseuse de ce viscère. 178
Tubercules du foie. 178
Mélanoses. 178
Cirrhoses. 179
Squirrhe encéphaloïde. 179
Raisons pour lesquelles on n'a parlé que très-succinctement de ces productions morbides ; on explique également pourquoi on les attribue à l'irritation. 179
Hydropisie enkystée du foie. 179
Hydatides du foie. 179
État emphysémateux du parenchyme hépatique. 180
Inductions qu'on peut tirer de la consistance et de la couleur du foie. 180

ÆTIOLOGIE.

Causes de l'irritation hépatique primitive. 180
Causes de l'irritation hépatique consécutive. 181
Toutes les causes que les auteurs regardaient comme pouvant déterminer l'hépatite, à l'exception de celles que l'auteur admet, ne la produisent que par l'intermédiaire d'une gastro-entérite ou d'une péritonite. 182
On explique pourquoi l'hépatite est très-commune dans les pays chauds. 182
Pourquoi les grands mangeurs on en général le foie plus gros que les autres personnes. 182
Pourquoi ce viscère est si souvent malade chez les scrophuleux et les vénériens. 183
Comment il le devient à la suite des fièvres intermittentes. 183
Les ingesta stimulants agissent directement non sur le foie, mais sur l'estomac. 183
Les hommes de cabinet et toutes les personnes qui mènent une vie sédentaire sont plus sujets que les autres aux maladies de l'appareil biliaire. 183
Mécanisme par lequel la suppression de la perspiration cutanée, la répercussion d'un exanthème, etc., occasione l'hépatite. 183
Comment cette phlegmasie se développe à la suite de l'inflammation du tissu cellulaire de l'abdomen et de la pleurésie. 185

Pages.

Raison de la fréquence de l'état graisseux du foie dans la phthisie. 185
Mode de production de l'hépatite à la suite des excès d'étude, des affections morales vives, des plaies de tête, etc. 185
Conclusions. 187
L'hépatite n'occasione jamais directement l'encéphalite. 187
Différence qu'il y a entre la théorie de l'auteur et celle de M. Broussais. 188

PRONOSTIC.

L'irritation du foie qui a revêtu les caractères de phlegmasie chronique est la plus difficile à guérir. 189

TRAITEMENT.

Le premier degré de l'irritation hépatique n'exige pas de traitement particulier. 189
Il n'en est pas de même de l'hépatite aiguë. 189
Hépatite dite superficielle. 190
Hépatite primitive. 190
Les ventouses, les vésicatoires, sont contre-indiqués dans l'hépatite aiguë. 190
Abcès du foie. 191
Conduite qu'on doit tenir dans ce cas. 191
Le traitement de l'hépatite chronique ne diffère du précédent qu'en ce qu'il est moins énergique. 191
Les moxas, les cautères, les sétons, sont quelquefois employés avec succès dans l'hépatite chronique. 191
Les médicaments dits fondants, désobstruants, etc., doivent être rejetés du traitement de l'hépatite. 192
Inutilité des emplâtres fondants et des vésicatoires dans l'inflammation chronique du foie. 192
Les eaux minérales sont d'un faible secours dans ce cas. 192
Régime qu'il convient de prescrire aux personnes qui souffrent d'une hépatite chronique. 192

CONGESTIONS SANGUINES PASSIVES DU FOIE.

Ces congestions dépendent d'un obstacle au cours du sang ou du scorbut. 193
Leurs caractères distinctifs. 193
Moyens d'y remédier. 193
HÉMORRHAGIE DU FOIE. 193
ASTHÉNIE HÉPATIQUE. 194
ATROPHIE DU FOIE. 195
CALCULS BILIAIRES. 195
Propriétés physiques et chimiques de ces calculs. 195
Désordres organiques qu'on dit être occasionés par les pierres biliaires. 196
Cas dans lesquels on doit attribuer à ces pierres les accidents avec lesquels leur présence coïncide. 196
Causes des calculs biliaires. 197

	Pages.
Moyens proposés pour les combattre.	198
Ils n'exigent pas de traitement particulier.	198
COLIQUE HÉPATIQUE.	198
La plupart des cas cités comme des exemples de colique hépatique doivent être rapportés à des maladies différentes.	198
Quel est l'état morbide qu'on a jusqu'ici désigné le plus souvent sous le nom de colique hépatique.	198
Opinion de M. Andral sur la colique hépatique.	199
DU MODE DE PRODUCTION DE L'ASCITE A LA SUITE DE L'HÉPATITE.	199
DES MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION DE LA BILE.	199
Altérations de texture qui peuvent survenir dans ces organes.	200
Causes de leur inflammation.	200
Tumeurs biliaires.	200
On apprend à distinguer ces tumeurs de celles qui sont occasionées par un abcès du foie.	200
Mécanisme par lequel la disparition de ces tumeurs s'effectue.	200
Elles persistent quelquefois jusqu'à la mort.	200
ICTÈRE.	200
Définition de l'ictère.	200
Ses caractères.	200
Théories diverses proposées sur l'ictère.	201
La théorie des médecins anciens est la seule qui mérite d'être prise en considération.	202
On le prouve.	202
Causes de la jaunisse.	202
Espèces d'ictéricie admise par les auteurs.	204
DE LA BILE.	204
Principes constitutifs de la bile.	204
Ses altérations.	204

FIN DE LA TABLE.

DU DIAGNOSTIC

DANS

LES MALADIES CHIRURGICALES,

DE SES SOURCES, DE SES INCERTITUDES ET DE SES ERREURS;

THÈSE

DE CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE EXTERNE SOUTENUE

PAR M. A. BÉRARD,

CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE.

Α᾽ριστα γνους. Α᾽ριστα θεραπευει.
Axioma Ammonii philosophi.

AVANT-PROPOS.

Il est des points spéciaux de pathologie externe exposés avec tous les développements qu'ils comportent, dans les ouvrages de chirurgie ou dans certains articles de dictionnaire, et sur lesquels il est facile de composer, et en peu de temps, un Thèse de concours, pour peu qu'on apporte quelque discernement dans le travail de compilation qu'ils exigent. Tel n'a point été le sujet qui m'est échu par le sort. Traiter du diagnostic dans les maladies chirurgicales, de ses sources, de ses incertitudes et de ses erreurs, voilà la tâche que j'ai dû accomplir en dix jours et sous laquelle j'ai pu craindre un instant de me voir accablé. Si je pouvais ignorer que je suis resté de beaucoup au-dessous de ce sujet si important et si vaste, mes compétiteurs ne manqueraient pas de me le faire apercevoir, mais j'ai lieu d'espérer qu'on aura égard aux difficultés d'un travail de généralisation qui n'a, que je sache, été entrepris par personne, et que j'ai dû tirer en entier de mon propre fond.

DU DIAGNOSTIC

DANS

LES MALADIES CHIRURGICALES,

DE SES SOURCES, DE SES INCERTITUDES ET DE SES ERREURS.

INTRODUCTION.

Avant d'aborder la question à la fois importante et ardue qui m'est échue par le sort, il me paraît indispensable de présenter quelques réflexions sur le sens attaché au mot *maladies chirurgicales*. La distinction semble, au premier abord, facile à établir entre elles et les affections qui sont du ressort de la pathologie interne ; mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on ne tardera pas à s'apercevoir que, soit que l'on ait égard aux *causes* des maladies, soit qu'on les envisage sous le point de vue de leur *siége*, de leur *nature* et du traitement qu'elles réclament, il est absolument impossible de tracer une limite distincte entre la pathologie externe et l'interne.

Les *causes* ne peuvent servir de base à la distinction entre les deux classes de maladies ; car, s'il est vrai que les lésions produites par les violences extérieures sont plus spécialement commises aux soins du chirurgien, celui-ci a presque aussi fréquemment à remédier à des désordres survenus sous l'influence d'une cause interne ou d'un état particulier de la constitution.

On ne peut pas dire non plus que les maladies chirurgicales diffèrent par leur *siége* des maladies médicales; la variole, la rougeole, la scarlatine, etc. sont confiées aux soins du médecin et certaines affections des viscères cachés dans les cavités splanchniques réclament des opérations chirurgicales.

Il y a moins de chances, encore, de poser les bases d'une distinction exacte entre la pathologie externe et l'interne, en ayant égard seulement à la *nature* des maladies. L'anévrisme est une affection interne, s'il occupe l'aorte ; il constitue une maladie chirurgicale, s'il s'est développé sur le trajet d'une artère des membres. Le cancer du testicule, celui de la mamelle et de l'œil sont décrits dans les traités de chirurgie; celui de l'estomac, du cerveau et du foie, dans les ouvrages de pathologie interne.

Enfin le *traitement* opposé aux deux classes de maladies ne peut servir à les distinguer nettement les unes des autres, puisque certaines affections chirurgicales sont guéries par des remèdes internes, et quelques maladies internes par des moyens chirurgicaux.

La conclusion logique de ces réflexions serait qu'il n'y a pas lieu à disserter *sur le diagnostic des maladies chirurgicales :* les considérations qui se rattachent à celles-ci pouvant également s'appliquer aux maladies internes. Mais, s'il est vrai qu'on ne peut par le raisonnement arriver à poser une ligne de démarcation tranchée entre la pathologie externe et l'interne, du moins voyons-nous, en pratique et par une sorte de convention tacite, les médecins et les chirurgiens se partager entre eux les maladies. Les traités de chirurgie ne renferment rien sur la phthisie pulmonaire, l'apoplexie, l'asthme, la dothinentérite, et ceux de médecine se taisent sur les fractures, les luxations, les hernies, les plaies, etc... On peut donc à la rigueur, et prenant les choses telles qu'elles sont, c'est-à-dire, telles que la pratique et les traités de pathologie les ont établies, dire qu'il y a un groupe de maladies qui, malgré leurs affinités avec les maladies internes, ont cependant un ensemble de caractères qui permettent de les soumettre à des considérations générales. Telle a dû être la pensée du jury, lorsqu'il a proposé pour sujet de thèse une dissertation sur le diagnostic des maladies chirurgicales.

Les maladies de ce nom seront donc en général : 1° celles qui résultent de l'action d'une violence extérieure ; plaies, fractures, luxations, etc.; 2° celles qui occupent la surface du tronc ou les membres ; 3° celles qui sont curables par l'application de la main nue ou armée d'instruments. Nous savons bien que cette classification laisse en dehors plusieurs maladies chirurgicales, et que plus d'une affection dite médicale y pourrait trouver place ; mais,

nous le répétons, il n'y a pas de caractère distinctif fondamental entre les unes et les autres.

Si, dans les moyens de diagnostic que nous ferons connaître à l'occasion des maladies chirurgicales, on s'étonnait d'en trouver un bon nombre applicables aussi aux maladies internes, nous rappellerions que l'homme n'a pas plusieurs manières de s'instruire en ce qui concerne les corps et leurs différents états; quel que soit l'objet de son étude, il est forcé d'appliquer ses *sens* pour recueillir les phénomènes et son *entendement* pour en trouver les conditions, les lois, les analogies et les différences.

CHAPITRE PREMIER.

DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

Le *diagnostic* est cette partie de la pathologie qui a pour objet la distinction des maladies. Distinguer une maladie, c'est la reconnaître toutes les fois qu'elle existe, quelle que soit son obscurité; c'est constater aussi qu'elle n'existe pas, toutes les fois que d'autres maladies se présentent avec des symptômes qui ressemblent aux siens.

Louis n'a, que je sache, rien écrit de spécial sur le *diagnostic;* mais le jugement qu'a porté le célèbre secrétaire de l'Académie de chirurgie sur l'importance de cette partie de la nosologie, a reçu la sanction de tous les praticiens. On a copié partout les premières phrases du *mémoire sur les tumeurs fongueuses de la dure mère;* cette considération devrait peut-être m'empêcher de les reproduire; mais ce serait, en quelque sorte, une omission dans ce travail.

« La science du diagnostic tient le premier rang entre toutes les parties de l'art et en est la plus utile et la plus difficile. Le discernement du caractère propre de chaque genre de maladie et de ses différentes espèces est la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis la théorie est toujours en défaut, et la pratique souvent infidèle. » (Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. 5, page première, in-4°.)

Ce jugement pourrait s'appliquer à plus juste titre, peut-être, aux maladies chirurgicales qu'au plus grand nombre de celles qui sont du domaine de la pathologie interne. Il est à remarquer en effet que, dans plusieurs maladies de nature inflammatoire et qui ont leur siége dans les organes que renferment les cavités splanchniques, le traitement offre peu de différences, quel que soit l'organe enflammé. Des émissions sanguines, générales, locales, des applications émollientes, des boissons aqueuses, le repos, la diète, forment la base du traitement du plus grand nombre des inflammations aiguës des organes situés dans les cavités du tronc. A supposer donc que le médecin n'ait pas précisé avec exactitude le siége d'une phlegmasie intérieure, le malade n'en recevra pas moins des soins appropriés à son état, si l'indication générale a été saisie. Dans les cas douteux de pathologie interne, lorsque le praticien est réduit à la médecine expectante, le malade abandonné aux seuls efforts de la nature, guérit souvent tout aussi promptement que si des médicaments énergiques lui eussent été administrés.

Il n'en est pas de même des affections chirurgicales, parce qu'un bon nombre de celles-ci réclament, pour être guéries, l'emploi de la main nue ou armée d'instruments; parce que, si on les confond avec une autre lésion, on peut faire une opération qui tue; parce que, si, venant à les méconnaître, on néglige de les combattre, elles peuvent faire de tels progrès que bientôt les fonctions de la partie affectée, peut-être même la vie du malade, soient gravement compromises.

On m'objectera peut-être qu'il n'est pas indifférent, dans les maladies internes, de confondre la phlegmasie d'un organe parenchymateux avec l'inflammation d'une séreuse, soit : mais je ne puis croire que le médecin, qui traite une pneumonie pour une pleurésie, commette une faute aussi grave que le chirurgien qui plonge un bistouri dans un anévrisme simulant un abcès; qui pousse une injection de vin chaud dans une hydrocèle congénitale; qui taille un patient dont la vessie ne renferme pas de calcul; qui ampute un membre pour une carie qui n'existe pas; qui pose une ligature sur un utérus renversé, dans la croyance qu'il va débarrasser la malade d'un polype; qui méconnaît une hernie étranglée; qui prend une pustule maligne pour un furoncle ou un anthrax, etc.

On objectera encore que certaines erreurs de diagnostic, en médecine, sont aussi sûrement, aussi prochainement mortelles que les méprises les plus funestes commises par les chirurgiens; que celui, par exemple, qui méconnaît une fièvre intermittente pernicieuse compromet aussi inévitablement la vie du malade que s'il lui ouvrait un anévrisme. J'admettrai volontiers la justesse de cette remarque; mais je maintiens que les circonstances où les erreurs du praticien peuvent entraîner de si funestes conséquences se présentent moins souvent en médecine qu'en chirurgie.

Ce n'est pas seulement aux malades que les erreurs de diagnostic peuvent être nuisibles; elles compromettent aussi la réputation du chirurgien, et l'on ne peut nier que, sous ce rapport, il ne soit plus que le médecin exposé à porter la peine de ses bévues. Qu'un homme conserve une luxation non réduite de l'humérus, il sera un témoignage vivant de l'impéritie du chirurgien.

S'il est d'une utilité plus prochaine, le diagnostic des maladies chirurgicales est en général et par com

pensation plus facile à établir que celui des maladies internes. Loin de moi la prétention de proclamer l'infaillibilité du diagnostic chirurgical ! Le chapitre de ses *erreurs* occupera une grande place dans cette thèse, et l'on y pourrait puiser les moyens de me réfuter. Loin de moi aussi la pensée qu'il n'y ait que conjectures ou probabilités dans le diagnostic des affections internes ! Je sais que les médecins de nos jours ont compris l'avantage inappréciable qui résulte de la recherche des signes physiques des maladies : la percussion et l'auscultation leur ont permis de constater, plus positivement qu'ils n'avaient pu le faire à l'aide des troubles fonctionnels, les changements survenus dans la densité, la perméabilité de certains organes intérieurs, l'épanchement de liquides ou la présence de fluides élastiques. Mais ce mode d'investigation appliqué en médecine trouve dans la disposition anatomique des organes des obstacles qu'il est facile de deviner, tandis que, ces obstables n'existant point au même degré dans la plupart des maladies chirurgicales, l'exploration directe devient la *source* la plus sûre et la plus féconde des connaissances que le praticien puisse acquérir sur la nature des maladies qui sont l'objet de la pathologie externe.

Cette facilité de l'observation directe, cette habitude de toucher le mal, de le voir, de le circonscrire, rend plus usuelles au chirurgien et plus nécessaires aussi les notions qu'il a puisées dans l'étude minutieuse de la structure des diverses régions du corps, des rapports de leurs parties composantes. Souvent, la lésion matérielle qui constitue la maladie se trouve modifiée dans son apparence extérieure par l'arrangement anatomique des parties dans la région qu'elle occupe. C'est de nos jours que l'on a compris toutes les applications dont l'anatomie topographique ou des régions était susceptible : déjà ébauchée dans les leçons orales de Béclard, elle a pris dans les ouvrages d'un des juges de ce concours, M. le professeur Velpeau, et d'un de mes compétiteurs, M. Blandin, les caractères d'une véritable science.

L'indispensable nécessité de l'anatomie se fait sentir dans la plupart des affections chirurgicales, lorsque l'on veut en déterminer la nature et le siége. Dans le diagnostic différentiel d'une fracture et d'une luxation, combien ne sera-t-il pas utile de se représenter parfaitement les contours de l'articulation, les rapports des éminences osseuses entre elles, la forme des surfaces articulaires, la force, la position des ligaments, des muscles voisins, etc. ? Comment établir le diagnostic d'une plaie, si l'on ignore quels muscles, quels nerfs, quels vaisseaux, quelles aponévroses, quelles bourses muqueuses, quelles articulations, quels organes splanchniques se rencontrent dans la partie blessée ? N'est-ce pas aux connaissances précises d'anatomie que nous devons de savoir pourquoi les ecchymoses, les collections purulentes et sanguines s'étendent dans un sens plutôt que dans un autre ? pourquoi certaines tumeurs, les hernies par exemple, se présentent dans quelques parties du corps presque toujours les mêmes et y affectent un trajet, une direction, déterminés ? pourquoi certaines fonctions sont perverties, quand les organes voisins sont malades ? Ce sont les connaissances anatomiques qui font soupçonner tout d'abord qu'un corps étranger d'un certain volume, qui a pénétré par la bouche et qui détermine des accès de suffocation, est dans les voies pharyngo-œsophagiennes et non dans les voies aériennes ; c'est par elles que le chirurgien devine quelle est la partie des voies urinaires qui a éprouvé une rupture, à la vue de la région cutanée sur laquelle s'ouvrent les fistules urinaires, etc.

La physiologie prête aussi son secours au diagnostic des maladies chirurgicales. Mais ici, nous devons avouer que cette science offre plus de ressources aux médecins qu'aux chirurgiens. Il est des cas cependant où la connaissance des fonctions éclaire sur la nature de la lésion; c'est la physiologie qui, dans un cas d'hémorrhagie, nous apprend si le vaisseau blessé est une artère ou une veine; la mobilité ou l'immobilité de l'iris, chez une personne atteinte de cataracte, nous aide à reconnaître s'il y a ou non complication d'amaurose, etc.

Enfin, c'est par le concours des notions anatomiques et physiologiques que plusieurs affections peuvent être diagnostiquées avec plus ou moins de certitude : l'hémiplégie faciale, à la suite d'une plaie de tête, sans qu'aucune autre partie du corps soit paralysée, conduit à soupçonner une fracture du rocher, avec déchirure de la portion dure de la septième paire de nerfs. La paralysie des membres inférieurs et de la vessie engage le chirurgien à diriger ses recherches du côté de la moelle épinière, ou de la queue de cheval.

Avoir établi d'une manière exacte la nature et le siége d'une maladie, ce n'est pas encore avoir complètement posé le diagnostic, en tant qu'il doit servir de base à la thérapeutique. Si le mal est de ceux que l'on puisse enlever par une opération chirurgicale, il faut s'efforcer de reconnaître les limites exactes de l'altération, les parties qui lui confinent ou qu'elle intéresse. Faute d'avoir mûrement envisagé cette face du diagnostic, on a vu trop souvent des chirurgiens commencer des opérations qu'ils n'ont pu terminer, ou blesser dans le cours de la dissection des organes importants qu'ils ne s'attendaient pas à trouver sous le tranchant de l'instrument.

En supposant que le chirurgien ait pu nettement reconnaître les limites du mal, les rapports des parties altérées avec les parties saines, qu'il ait en un mot accompli sa tâche en ce qui touche le diagnostic local, il ne devra toutefois se décider à entreprendre une grave opération qu'après avoir

porté une inspection attentive sur l'état des principaux viscères, qu'après avoir, en un mot, diagnostiqué leur état normal ou pathologique. C'est une faute inpardonnable d'amputer un membre chez un phthisique, de faire l'extirpation d'un sarcocèle chez un sujet qui porte déjà des tumeurs encéphaloïdes dans la région lombaire, de pratiquer une grande opération chez un malade dont le sang est contaminé par le pus exhalé dans une veine enflammée. Cette faute, on s'expose à la commettre, si l'on se borne à un diagnostic local.

C'est un problème épineux de diagnostic et qui réclame un grand tact chirurgical que la détermination des chances de résistance qu'un malade pourrait offrir, dans le cas où une grande opération lui serait pratiquée ; en admettant d'ailleurs que l'opération soit réclamée par la maladie locale et justifiée par l'absence d'altérations organiques graves dans les viscères. On conçoit qu'il est impossible de formuler aucune règle de diagnostic pour de semblables cas, et je me borne à les avoir indiqués.

On voit certaines altérations, trop légères pour être l'occasion d'une opération chirurgicale et cependant assez opiniâtres pour résister aux moyens locaux employés pour les combattre, marcher enfin vers la guérison, sous l'influence d'un traitement approprié, lorsque le chirurgien est parvenu à diagnostiquer le vice général ou la diathèse à laquelle ces altérations sont liées et qui les entretenait. Nous avons ici une nouvelle preuve de l'importance qu'il y a d'étudier chez un malade autre chose que les phénomènes locaux de l'affection pour laquelle il réclame les secours de la chirurgie.

CHAPITRE DEUXIÈME.

DES SOURCES DU DIAGNOSTIC, DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

Tout ce qui peut contribuer à faire reconnaître une affection chirurgicale peut être considéré comme *source* de diagnostic. Il n'y a pas de différence essentielle entre les sources de diagnostic en médecine et en chirurgie ; mais, tandis que le médecin s'applique à remonter des troubles fonctionnels à la lésion locale qui forme le caractère anatomique de la maladie, le chirurgien a, dans le plus grand nombre des cas, l'inappréciable avantage d'observer directement les caractères physiques de couleur, de volume, de consistance, de mobilité des parties altérées. De là résultent des différences secondaires dans les moyens de remonter aux sources de diagnostic en médecine et en chirurgie.

Voici au reste le programme de cette partie de la thèse. Dans une première section, j'examinerai la valeur du commémoratif comme *source de diagnostic* ; dans une deuxième section, la valeur des symptômes actuels ; la troisième section aura pour sujet l'examen des notions diagnostiques acquises par le secours des organes des sens ; dans la quatrième enfin, j'indiquerai la part du raisonnement dans l'établissement du diagnostic.

SECTION PREMIÈRE.

Du commémoratif, comme source du diagnostic chirurgical.

Le commémoratif comprend la connaissance de toutes les circonstances antérieures au moment où l'on examine le malade. L'exposé en est ordinairement fourni par le malade ou par des personnes étrangères ; il est oral ou par écrit. Dans quelques cas, le chirurgien puise dans sa mémoire le souvenir des circonstances anamnestiques des maladies. Le degré de confiance à accorder au commémoratif et les lumières qu'il fournit varient comme l'intelligence des personnes qui le donnent, leur éducation, leurs préjugés, leur moralité, leur instruction, leurs connaissances en médecine. Au commémoratif on peut rapporter la connaissance des causes de la maladie, de son mode de développement, de la marche qu'elle a suivie depuis son invasion jusqu'au moment où on l'observe pour la première fois, du traitement qui a été employé et de l'influence qu'il a exercé sur son cours, et enfin de quelques circonstances accessoires. Les données que fournit au diagnostic la connaissance des circonstances qui précèdent n'offrent pas toutes la même valeur, ainsi que nous allons le montrer, en entrant dans le détail de chacune d'elles.

§ I. *Des causes, comme signes commémoratifs.*

Les causes *prédisposantes* des maladies sont surtout utiles à connaître pour le diagnostic des affections internes, et ne fournissent guère que des probabilités au diagnostic des maladies chirurgicales. Il est cependant quelques cas où la considération de l'âge, du sexe, du tempérament du malade, de ses parents, du lieu qu'il habite, de sa nourriture, de sa profession, de ses habitudes, de ses maladies antérieures peut fournir des données utiles pour le diagnostic : quelques exemples confirmeront cette assertion.

Une personne d'un tempérament éminemment lymphatique porte depuis un certain nombre de mois, sur le côté du cou, des tumeurs arrondies, roulant sous la peau, etc. ; la constitution du sujet autorise à penser que ce sont des tubercules. Une autre se plaint de souffrir de douleurs aiguës dans la région des lombes, plusieurs membres de la même famille ont été tourmentés par des affections calculeuses ; il est probable qu'une néphrite calculeuse

est ici la cause des accidents. Le globe de l'œil et ses annexes sont volumineux, déformés, traversés par des douleurs lancinantes, etc., le malade n'a pas atteint l'âge adulte ; on devra supposer l'existence d'un cancer encéphaloïde, ayant débuté par les milieux de l'œil ; tandis que des symptômes analogues, chez une personne avancée en âge, annoncent le cancer squirrheux qui débute par les paupières. Une tumeur gangréneuse occupe la surface de la joue ; noire et dure au centre, elle est environnée d'une auréole d'un brun livide qui s'étend, en perdant de son intensité, vers les parties voisines : est-ce une pustule maligne? est-ce un anthrax ? La personne vous apprend qu'elle exerce la profession de boucher, qu'elle a, il y a quelques jours, abattu et dépouillé des animaux surmenés et qui offraient les symptômes d'une inflammation charbonneuse, qu'elle a porté à son visage ses mains souillées par le sang de l'animal ; ce commémoratif vous met sur la voie, et vous apprend que vous avez affaire à une pustule maligne.

Relativement aux causes *occasionelles*, en réfléchissant à la liaison intime qui existe entre la cause et l'effet, on conçoit facilement comment la connaissance approfondie de l'une doit éclairer la détermination de l'autre. Aussi l'étude des causes des maladies est-elle une des sources les plus fécondes du diagnostic. Elle le serait encore bien davantage, si le mode d'action de la cause, et sa relation directe avec l'effet produit n'était pas souvent enveloppé d'épaisses ténèbres. Cependant la chirurgie a, sur ce point, moins de choses à regretter que la médecine.

Il est des causes dont la relation avec la lésion de certaines parties d'un organe est telle, que le chirurgien peut, en connaissant l'une, diagnostiquer hardiment l'existence de l'autre : soit, par exemple, une tumeur douloureuse du scrotum survenue pendant le cours d'une uréthrite ; il y a tout lieu de penser, indépendamment des autres éclaircissements fournis par le toucher, que le mal consiste en une orchite blennorrhagique.

D'autres fois, non-seulement le chirurgien pourra, de la connaissance de la cause, conclure au siége de la lésion, mais il pourra diagnostiquer d'une manière presque mathématique les lésions anatomiques précises. Ainsi, dans une fracture du péroné, si elle est le résultat d'une torsion brusque du pied en dehors, le chirurgien pourra presque toujours affirmer, avec Dupuytren, l'existence d'une fracture oblique en haut et en dehors, et un arrachement de la malléole interne, ou une déchirure des ligaments latéraux internes; lésions que des explorations minutieuses n'auraient souvent pu constater.

Si, dans quelques circonstances, la connaissance des causes peut éclairer le diagnostic au point de permettre au chirurgien de faire, pour ainsi dire, l'anatomie de la lésion, on concevra facilement qu'elle puisse faire distinguer une maladie d'une autre, c'est-à-dire en déterminer la nature. Combien de fois, en effet, la circonstance d'un coup violent n'a-t-elle pas conduit à reconnaître pour un épanchement de sang, une tumeur que l'on aurait pu confondre avec un abcès. Qu'un homme présente au moignon de l'épaule une douleur vive, accompagnée de tuméfaction, de déformation du membre, pouvant faire croire à une fracture du col de l'humérus ou à une luxation, la circonstance de la chute, de la manière dont la cause a agi, pourra souvent aider le diagnostic. Si l'individu est tombé sur le coude quand le bras était écarté du corps, ou s'il a reçu un coup de bâton sur la partie supérieure du bras, certainement les mêmes lésions n'ont pas dû être produites.

§ II. *De la marche de la maladie, comme signe commémoratif.*

En voyant combien de fois le chirurgien suspend son jugement, attendant pour établir le diagnostic, que l'observation journalière d'une affection pathologique lui en ait mieux appris la nature, on comprend quel intérêt on doit attacher au récit des accidents éprouvés par le malade, depuis l'invasion des premiers symptômes qui ont fixé son attention, jusqu'au moment présent. Quelques exemples suffiront pour faire sentir toute l'importance de ces signes anamnestiques. Un individu se présente, ayant dans l'aîne une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau; vous apprenez en même temps que des douleurs ont existé, sourdes et continues pendant plusieurs mois, dans un point de la région dorsale ou lombaire, que, quelque temps après leur disparition, la tumeur inguinale a commencé à paraître, que dès l'abord elle était molle, fluctuante, indolente ; en voilà assez pour établir le diagnostic d'une carie de la colonne vertébrale. Un homme est actuellement sans connaissance à la suite d'une plaie de tête, vous apprenez des personnes voisines que, peu de temps après la blessure, le malade a repris connaissance, qu'il a pu marcher, parler, etc., que quelques heures après il est retombé dans l'assoupissement, qu'un des côtés du corps est devenu paralysé ; vous penserez alors que très-probablement les accidents actuels sont dus à la compression du cerveau par un épanchement de sang, et que les premiers étaient occasionés par la commotion cérébrale. Il est même des cas où la connaissance des symptômes antérieurs a plus d'importance que tous les symptômes actuels de la maladie ; ainsi, une tumeur anévrismale dans laquelle les battements artériels ont cessé, peut être confondue avec toute autre espèce de tumeur dure, si l'on néglige d'interroger sur les phénomènes

qu'elle a autrefois présentés. On trouvera dans la quatrième partie de ce travail une observation intéressante d'une méprise de ce genre.

§ III. *Du traitement, comme signe commémoratif.*

Dans le paragraphe précédent, nous avons supposé la maladie abandonnée à elle-même, et parcourant sa marche ordinaire ; mais la connaissance des modifications qu'elle éprouve, sous l'influence de telle ou telle méthode curative, conduit encore, dans certains cas, à en reconnaître la nature : il suffit même quelquefois d'apprendre quel traitement a été fait pour être mis sur la voie du diagnostic. Un malade a une tumeur dans le scrotum ; elle offre de la mollesse, mais point de transparence : en apprenant que plusieurs ponctions ont été faites, à intervalles assez éloignés, qu'après chacune d'elles, le scrotum reprenait à peu près son volume ordinaire, on est porté à conclure que la tumeur est une hydrocèle qui, par une cause quelconque, a perdu sa transparence.

§ IV. *De quelques circonstances accessoires, comme signes commémoratifs.*

Nous entendons parler ici de certaines particularités qui, sans être inhérentes à la maladie, peuvent cependant aider à en établir le diagnostic; ainsi, la connaissance de la région du corps qui a été blessée, ou sur laquelle la chute a eu lieu, le sens dans lequel le membre a été renversé, aideront à reconnaître une luxation de l'humérus, une fracture de l'extrémité inférieure du radius et du péroné, etc. Il sera également utile de s'informer de la forme, du volume du corps vulnérant, de sa consistance, de sa température; s'il y a plaie, on demandera à quelle profondeur l'instrument est entré, si sa direction était perpendiculaire ou oblique, par rapport à la partie blessée.

Parfois l'examen des vêtements ne devra pas être négligé. Un malade a fait une chute; il éprouve une très-vive douleur à l'épaule, qui est le siége d'une déformation évidente; les vêtements sont tachés à l'épaule, il est probable qu'il y a une fracture de l'humérus ou de l'omoplate ; ils sont tachés au côté interne du coude, il est presque certain qu'il existe une luxation. Un autre individu a reçu un coup de feu, et la balle a fait une plaie avec une seule ouverture d'entrée; on soupçonne que la balle est restée dans l'épaisseur des tissus; mais l'inspection de la chemise montre qu'elle n'est pas percée : on conçoit dès-lors qu'elle a été poussée au devant de la balle, comme un doigt de gant, dans les chairs, et qu'en tirant les vêtements, le blessé ou les personnes qui l'ont secouru ont ramené à l'extérieur le corps étranger qui, en effet, est rencontré au milieu des vêtements ou par terre.

En se livrant aux recherches dont nous venons de parler, le chirurgien doit apporter le plus grand soin à poser des questions qui soient bien comprises des personnes auxquelles il s'adresse, et qui laissent la réponse l'œuvre entière du malade. Si la demande est faite de telle sorte que l'individu interrogé puisse répondre par monosyllabes, par une affirmation ou par une négation, on s'expose à obtenir des renseignements inexacts et à faire dire au malade toute autre chose que ce qu'il croit dire. Mais ces préceptes, qui s'appliquent également à l'interrogatoire que l'on fait subir au malade pour connaître l'état dans lequel il se trouve, appartiennent autant à la pathologie interne qu'à l'externe, et sont exposés dans les traités de pathologie générale. Il est quelques réflexions qui sont plus spécialement applicables à la chirurgie, et qu'il convient de placer ici. Les malades se trompent souvent dans les renseignements qu'ils fournissent, et, faute d'être prévenus, ils pourraient entraîner les chirurgiens dans l'erreur. Par exemple, lorsqu'un homme, en marchant, éprouve un renversement brusque du pied, par suite duquel le bord interne s'élève et l'externe s'abaisse, et qu'il en résulte une entorse en dehors ou une fracture du péroné, si vous lui demandez dans quel sens le pied s'est renversé, vous recevrez peut-être la réponse que le renversement a eu lieu en dehors. Lorsqu'un individu tombe sur le coude et qu'il se luxe le bras, si vous l'interrogez pour savoir sur quelle partie du corps il est tombé, il vous répondra le plus souvent que c'est sur l'épaule. Une personne tombe sur la main, elle se fracture le radius à un pouce au-dessus de son extrémité inférieure : vous lui demandez sur quelle partie du corps la chute a eu lieu; elle vous répondra peut-être que c'est sur l'avant-bras. En un mot, et pour généraliser ces observations, presque toutes les fois qu'un individu a, dans un effort violent, une chute, une blessure quelconque, perçu une douleur vive dans une partie du corps, il est porté à croire que c'est cette partie qui a été directement blessée, qui a reçu le coup, qui a supporté le poids du corps, ou vers laquelle le renversement a eu lieu. Il ne faut pas oublier qu'il n'y a qu'un petit nombre de personnes, douées d'un grand sangfroid, qui conservent en toute occasion assez de présence d'esprit pour se rendre compte de leur blessure et en analyser exactement toutes les circonstances.

SECTION DEUXIÈME.

Des symptômes actuels, comme sources du diagnostic.

Nous avons à signaler ici les éléments les plus positifs du diagnostic chirurgical. Parmi les symptômes actuels des maladies, les uns, comme la

douleur, sont seulement perçus par le malade et traduits oralement au chirurgien : tel est, par exemple, le premier symptôme d'une carie de la colonne vertébrale à son début; d'autres consistent en des troubles fonctionnels qui mettent le chirurgien sur la voie de la découverte de la lésion organique dont ils dépendent; d'autres enfin, sont liés à une altération que l'on peut étudier directement : cette dernière condition se rencontre dans le plus grand nombre des affections chirurgicales. A part quelques maladies qui se décèlent par des symptômes tellement tranchés, que leur apparition suffit pour établir le diagnostic, quoique la lésion organique et le phénomène qui en dépend ne soient point directement accessibles aux sens du chirurgien; à part, disons-nous, ces cas exceptionnels, on voit que la sûreté du diagnostic se mesure en quelque sorte sur la facilité de constater les signes physiques des maladies chirurgicales.

Je ne m'étendrai pas sur chacun des symptômes que peuvent présenter les maladies chirurgicales, cette étude embrassant à elle seule presque toute la séméiotique ; cependant, j'ai cru devoir traiter en particulier de quelques-uns d'entre eux, de ceux notamment qui, envisagés sous le point de vue chirurgical, peuvent fournir au diagnostic des éléments utiles. Les points qui n'auraient pas reçu une extension suffisante dans cette partie de la thèse, ou qui auraient été omis à dessein, seront repris avec les développements qu'ils méritent, lorsque je traiterai de l'application des organes des sens à la recherche du diagnostic.

§ 1er. — *Forme, direction, volume.*

Un grand nombre d'affections chirurgicales se décèlent par des changements dans la forme, la direction, le volume des parties malades; aussi ces changements éclairent-ils souvent le diagnostic. Les luxations, les fractures, sont caractérisées par la déformation au voisinage de la lésion, l'inclinaison du membre dans un sens, l'augmentation de certaines saillies naturelles, la diminution de quelques autres. Une dépression dans laquelle le doigt s'enfonce indique la fracture de l'olécrâne, la rupture du tendon d'Achille. La forme globuleuse, piriforme, pédiculée, acuminée, d'une tumeur herniaire, d'une hydrocèle, d'un kyste, d'un abcès, sert à déterminer la nature de ces maladies. Le volume et la forme du pénis tiraillé par le malade conduisent au diagnostic d'une affection calculeuse. L'affaissement de l'œil, à la suite d'une plaie, indique la pénétration; l'atrophie du même organe se lie à l'amaurose ; celle du membre inférieur, à la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale.

—

§ II. *Consistance.*

La consistance est un symptôme fécond en notions diagnostiques; si nous voulions passer en revue les maladies dans lesquelles la consistance des parties est altérée, il nous faudrait évoquer ici la presque totalité des affections chirurgicales; fractures, luxations, engorgements inflammatoires, aigus ou chroniques, abcès, anévrismes, hernies, hydrocèles, etc.; et d'une autre part, quelle infinie variété dans la forme que peut revêtir ce symptôme, depuis la dureté d'une exostose jusqu'à la mollesse d'un abcès arrivé à sa période de maturité ! Ce n'est pas tout : il est un grand nombre de tumeurs qui passent successivement par divers degrés de dureté ou de ramollissement, et pour lesquelles ces changements et l'ordre dans lequel ils se succèdent deviennent un signe d'une grande valeur. On voit se ramollir chaque jour un engorgement inflammatoire qui tend à la suppuration, tandis qu'un anévrisme d'abord souple et fluctuant devient progressivement résistant et compacte.

§ III. *OEdème.*

L'œdème peut constituer lui-même une maladie; mais, dans quelques circonstances, il est purement symptomatique, et c'est alors qu'il tombe dans le domaine du diagnostic. Quelquefois, loin d'éclairer la nature d'une maladie, il l'obscurcit en en masquant les principaux symptômes; mais il n'en est pas toujours ainsi : on sait que l'empâtement œdémateux des téguments du crâne instruisit Dionis sur la nature et le siége d'une fracture. La physiologie démontre que les obstacles à la circulation entravent l'absorption, et déterminent dans les parties la stase et l'accumulation des liquides séreux; la présence de ce phénomène, surtout s'il a son siége aux membres, ne devra donc pas être négligée; elle aidera le chirurgien a rencontrer la source du mal, et dirigera ses recherches sur l'état des principaux vaisseaux artériels ou veineux, du tissu cellulaire qui les enveloppe, des organes qui leur confinent, etc. Dans les suppurations profondes l'œdème est un symptôme d'autant plus précieux que dans ces cas les signes sont obscurs et en petit nombre.

§ IV. *Emphysème.*

L'emphysème, envisagé comme signe des maladies chirurgicales, mérite de nous arrêter quelques instants. On le rencontre dans les plaies de poitrine, du cou, des sinus frontaux, les fractures des côtes, des os du nez ; on l'a vu se manifester à la suite d'une plaie du canal intestinal (Blandin). Dans les cas que je viens de citer, l'emphysème reconnaît

pour cause immédiate une communication établie entre les mailles du tissu cellulaire et des cavités naturelles pleines d'air ou de gaz. Nous y ajouterons les emphysèmes produits volontairement dans le but de simuler certaines maladies, tel est l'emphysème par insufflation d'air dans le tissu cellulaire du scrotum, l'insufflation par une éraillure de la muqueuse buccale. D'autres fois, les gaz se développent dans l'intérieur de nos tissus, comme dans la gangrène, les contusions violentes, certaines fractures compliquées ; tel était peut-être cet emphysème extraordinaire qui succéda à une réduction de luxation de l'humérus opérée par Desault.

§ V. — *Température.*

Au nombre des phénomènes de plusieurs affections chirurgicales, on peut citer les modifications survenues dans la température : ces modifications sont générales ou locales; l'appréciation des premières fournit plus habituellement aux médecins qu'aux chirurgiens des éléments de diagnostic. Il est une circonstance, cependant, où les sensations de température éprouvées par le malade ont une signification importante : nous voulons parler des cas dans lesquels il se manifeste des frissons. Les frissons, survenus quand existe une phlegmasie aiguë susceptible de se terminer par une suppuration, annoncent à peu près certainement la sécrétion du pus; un ou plusieurs frissons violents, éprouvés par un individu atteint d'une plaie en suppuration, dénotent presque infailliblement l'invasion des accidents qui ont été attribués à l'altération du sang par le pus. Le frisson, qui marque le début de la fièvre traumatique, diffère des précédents en ce qu'il est unique. Par la périodicité de leur retour, les frissons de la fièvre intermittente se distinguent de ceux dont nous parlons et qui sont essentiellement irréguliers.

Quant aux modifications survenues dans la température locale, elles permettent de séparer tout d'abord en deux grandes classes la plupart des tumeurs sous-cutanées : les unes, telles que le phlegmon, l'anthrax, le furoncle, etc., se présentent toujours avec un accroissement de la chaleur de la peau; les autres, beaucoup plus nombreuses, telles que l'abcès froid, celui par congestion, l'anévrysme, le cancer, la hernie, les kystes, les lipômes, etc., se développent ordinairement sans changement de température des téguments externes. L'abaissement local de température peut s'observer dans les lésions des nerfs ou des vaisseaux, à la suite de violentes contusions ; la cessation entière de la calorification est un symptôme de gangrène. Le refroidissement n'aurait plus la même valeur diagnostique, si les parties avaient été exposées à une température très-basse.

§ VI. — *Attitude.*

L'attitude du malade peut entrer comme élément dans le diagnostic de certaines affections. Tous les chirurgiens ont remarqué l'attitude que prennent instinctivement les individus atteints du mal de Pott. L'affection occupe-t-elle la région cervicale, surtout chez un enfant, on le voit soutenir sa tête entre les deux épaules fortement élevées, ou l'appuyer sur une seule, si la maladie a fait plus de progrès d'un côté que de l'autre. Siége-t-elle dans les régions dorsales ou lombaires, on sait par quel artifice le malade transmet au bassin le poids des parties supérieures du tronc. Desault a souvent reconnu une fracture de la clavicule, d'après l'attitude du malade qui entrait dans son amphithéâtre. Dans les diverses espèces d'empyèmes, le décubitus varie suivant que l'épanchement occupe une seule ou les deux cavités pleurales. L'explication physiologique de ces phénomènes jusque-là mal interprétés a été présentée par M. le professeur Richerand d'une manière aussi simple que judicieuse.

Il est quelques lésions qui peuvent être soupçonnées d'après l'aspect que présentent certaines parties du corps : c'est la dépression de la paroi antérieure de l'abdomen qui a fait reconnaître à Percy une rupture du diaphragme ; le *facies*, dans la péritonite, est marqué d'un cachet particulier ; le visage revêt, dans les plaies du diaphragme, un aspect propre qu'on a désigné sous le nom de rire sardonique.

§ VII. *Digestion.*

Déglutition. Les changements qui surviennent dans l'acte de la déglutition sont tantôt l'indice d'une lésion des centres nerveux, toute la conséquence d'une affection d'un ou plusieurs des nombreux organes qui entrent dans la composition de l'appareil complexe, au moyen duquel cet acte s'accomplit. Que la luette trop prolongée tombe sur la base de la langue, elle y détermine un sentiment de titillation, qui cause secondairement le soulèvement du pharynx ; qu'un corps étranger s'arrête dans le conduit œsophagien, son séjour dans ce lieu entraîne un trouble de la fonction, qui varie entre la simple gêne et l'empêchement absolu. La compression et le rétrécissement de l'œsophage par une tumeur développée à son voisinage ou dans l'épaisseur même de ses parois, sont souvent annoncés par la régurgitation des aliments.

La faim éclaire quelquefois sur les altérations du canal intestinal ; un appétit excessif, dans un cas d'anus contre nature, apprend que la maladie siége dans le commencement digestif.

Les nausées, les rapports, dépendent en général d'un obstacle plus ou moins marqué au libre trajet

des matières contenues dans l'intestin, et deviennent de précieux indices dans le diagnostic des hernies.

Nous mentionnerons ici le *hoquet*, signe d'une valeur incontestable dans les plaies du diaphragme, les gangrènes, et surtout dans celles qui affectent les hernies; mais, dont il est permis de contester l'importance, si on veut, à l'exemple de J. L. Petit, trouver, dans l'époque de son apparition avant ou après le vomissement, un caractère différentiel de la cystocèle et de l'entérocèle étranglée.

Le vomissement se manifeste dans plusieurs lésions chirurgicales des organes abdominaux et de leur enveloppe commune. L'étranglement de l'intestin, de l'épiploon, de la vessie, du cordon spermatique, la néphrite calculeuse, nous présentent ce symptôme. Les vomissements sanguinolents nous feront reconnaître une lésion traumatique de l'estomac; des vomissements de matières stercorales font soupçonner au chirurgien que le cours de ces matières est interrompu dans l'intestin, soit par une hernie, soit par un corps étranger arrêté dans le canal intestinal, soit par une tumeur qui les comprime, etc. Le vomissement est un symptôme fréquent de la commotion cérébrale.

Les déjections peuvent en plusieurs circonstances instruire le chirurgien. Leur suppression, dans une hernie, indique l'étranglement ou l'engouement; elle peut indiquer surtout que l'étranglement persiste dans l'abdomen, malgré la réduction. Elle établit la différence entre la fistule stercorale et l'anus contre nature; elle peut enfin éclairer la composition d'une tumeur formée dans l'abdomen.

Leur nature pourra souvent rendre raison de certains accidents. Elles seront dans les plaies des intestins parfois sanguinolentes; elles le seront souvent dans les hémorrhoïdes, le cancer du rectum. Enfin, leur disposition et leur forme indiqueront un rétrécissement organique ou une compression de l'extrémité inférieure de l'intestin.

§ VIII. *Respiration.*

C'est principalement comme signe d'affection traumatique du cerveau, que les chirurgiens ont étudié les modifications que la respiration peut éprouver; et c'est à ce titre que je dirai un mot de la respiration stertoreuse. Cette modification du bruit respiratoire nous paraît due à ce que le voile du palais paralysé obéit à l'impulsion que lui communique la colonne d'air attirée dans la poitrine ou expulsée de cette cavité. Il ne faut pas la confondre, ainsi qu'on le fait tous les jours, avec la respiration bruyante, qui n'est autre chose qu'une exagération du bruit qui se produit naturellement lors du passage de l'air, ou avec le râle trachéal, résultant du bouillonnement que produit l'air, en traversant du mucus, du sang accumulé dans les voies aériennes, le pharynx.

Les collections purulentes dans la plèvre, l'empyème traumatique, les corps étrangers dans les voies aériennes ou la partie supérieure de l'œsophage, le gonflement des amygdales, certaines plaies de cou, diverses tumeurs de cette région; les fractures du côté troublent plus ou moins les phénomènes de la respiration.

La *voix* est altérée dans un certain nombre d'affections chirurgicales, et ses lésions peuvent servir à déterminer le siége ou la nature de la maladie. Elle est abolie dans quelques plaies faites au-dessous de la glotte; elle est ordinairement altérée dans les ulcérations des cordes vocales; lorsqu'un corps étranger, une fausse membrane, existent dans la trachée artère, ou compriment le tuyau vocal; lorsqu'un polype, une tuméfaction des amygdales obstruent le larynx, les fosses nasales ou l'isthme du gosier.

La *toux*, phénomène presque inséparable de l'irritation de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire, est un des symptômes des plaies du conduit aérien ou de la présence d'un corps étranger, qui s'est engagé dans le larynx ou arrêté sur son orifice. Ce phénomène devient utile au diagnostic d'une autre façon; car, le malade pouvant à son gré produire la toux, le chirurgien l'emploie pour s'éclairer sur la nature et le siége des tumeurs qui, comme les hernies, les abcès par congestion, sont déplacées par la contraction des parois abdominales.

§ IX. *Circulation.*

Les ressources que l'appareil de la circulation offre aux chirurgien, sous le rapport du diagnostic, sont nombreuses et intéressantes. Nous nous attacherons à deux faits principaux: les pulsations et l'écoulement du sang.

Les *Pulsations* n'appartiennent pas aux artères seules; on sait qu'elles ont été rencontrées dans tout le système veineux superficiel, et qu'il n'est pas rare de les percevoir dans la région du cou; mais ces pulsations veineuses, qui en médecine ont une certaine valeur, deviendraient, en chirurgie, plutôt des causes d'incertitude ou d'erreur que des éléments de diagnostic. Les pulsations artérielles, au contraire, outre les notions qu'elles fournissent au médecin comme au chirurgien sur l'état de la circulation générale, présentent encore à ce dernier des indications spéciales et très-précises. Les battements forment le caractère le plus saillant des tumeurs anévrismales. Le pouls s'affaisse rapidement dans plusieurs circonstances, telles que la gangrène qui s'empare d'une hernie, la perte d'une quantité considérable de sang; on conçoit l'importance qu'acquiert ce signe, lorsque

l'hémorrhagie se fait dans une cavité intérieure, comme le ventre, le canal intestinal, etc. La petitesse, la faiblesse et la vitesse excessive du pouls sont souvent, à la suite d'une opération de hernie, les premiers symptômes par lesquels le chirurgien est averti du développement de la péritonite. Dans une commotion cérébrale, le pouls est, en quelque sorte, la mesure à l'aide de laquelle on apprécie l'intensité des accidents. L'affaiblissement des battements dans les artères de l'extrémité d'un membre, dénote une altération variable, inflammation, ossification, oblitération, etc., qui peut siéger, soit dans ces artères elles-mêmes, soit dans les gros troncs. Ce phénomène peut se rattacher aussi à la compression des vaisseaux, par des tumeurs développées dans leur voisinage.

Nous pensons devoir mentionner ici quelques phénomènes dont le diagnostic chirurgical reçoit des lumières, et qui ont avec la circulation des relations intimes; ainsi, les soulèvements des encéphalocèles et des fongus de la dure-mère, le mouvement d'expansion des tumeurs érectiles.

Les *écoulements sanguins* se font soit par une plaie, soit par la surface d'une muqueuse. Le sang est-il vermeil, spumeux, s'échappe-t-il d'une plaie par jets saccadés, etc., vous prononcerez qu'il y a une lésion artérielle. Si le sang est noir, s'il s'écoule par un jet continu, il provient d'un vaisseau veineux. Il faut cependant se rappeler qu'un jet de sang vermeil et saccadé peut, ainsi que nous en citerons plus bas des observations, avoir lieu, alors qu'il n'y a qu'une veine blessée; et que le sang peut sortir noir et uniformément d'une plaie artérielle. L'hémoptysie, l'hématurie, l'écoulement de sang par le conduit auditif, indiquent une lésion du poumon, des reins, une fracture du rocher; les hémorrhagies utérines nous font soupçonner un polype, une lésion organique de l'utérus. Enfin, si nous voyons une tumeur ulcérée fournir des hémorrhagies abondantes, en nappe et quelquefois en jet, on devra croire qu'il s'agit d'une tumeur encéphaloïde, plutôt que d'une tumeur squirrheuse.

§ X. *Humeurs normales, ou morbides.*

La présence ou l'absence de ces humeurs, les changements qu'elles subissent, soit dans leur cours, soit dans leur quantité, soit dans leurs qualités, fournissent des notions utiles et d'une application fréquente.

La diminution ou la suppression des humeurs indiquent soit une inflammation des organes ou des surfaces qui les produisent, et par suite le défaut de sécrétion, soit l'obstruction des conduits excréteurs par une cause quelconque, corps étrangers, calculs, caillots, maladie des organes voisins, etc., soit une altération des forces en vertu desquelles les produits circulent dans leurs conduits naturels; c'est ainsi qu'un calcul salivaire, engagé dans le conduit de Warthon, empêche le liquide sécrété par la glande sous-maxillaire d'arriver dans la bouche; que l'absence des urines fait présumer ou leur suppression, ou un obstacle à leur cours, ou une paralysie de la vessie, etc.

L'issue par une voie qui ne leur est point ordinaire prouve un changement dans les conditions des organes qui les renferment habituellement; l'écoulement de la synovie décèle l'ouverture d'une articulation ou d'une bourse muqueuse; l'issue de la bile par une plaie, annonce la pénétration dans les voies biliaires. L'issue du chyme, des mucosités intestinales ne dénote pas seulement une plaie pénétrante du canal intestinal; elle apprend quel est l'organe blessé: l'estomac, le commencement de l'intestin grêle, le reste des intestins. La sortie des urines par le rectum, par le vagin, est la conséquence de la fistule recto-vésicale, vésico ou urétro-vaginale.

L'abondance des produits de sécrétion doit être prise en considération: l'abondance des urines est un des caractères du diabète. La quantité de la salive qui s'écoule par une fistule parotidienne jette quelque jour sur son siége précis, car l'écoulement sera peu abondant si la fistule aboutit à la glande; il le sera davantage, si elle provient du conduit de Sténon.

Les changements qu'éprouvent dans leurs qualités les humeurs normales correspondent en général à des altérations plus ou moins profondes des organes sécréteurs ou des voies excrétoires. Ces modifications dépendent, dans beaucoup de cas, de la sécrétion ou du mélange inaccoutumé de certaines matières, telles que le sang ou le pus. L'expectoration de mucosité sanguinolente et spumeuse sert à reconnaître une plaie du conduit aérien ou la présence d'un corps étranger, rugueux, irrégulier. L'écoulement par la vulve de mucosités sanguinolentes, de fleurs blanches est trop souvent déterminé par une affection chirurgicale du vagin ou de l'utérus pour que le chirurgien ne soit pas autorisé, sur ce seul symptôme, à préjuger quelqu'une de ces affections, à surmonter la répugnance des malades, et à procéder à un examen plus approfondi. Le mucus puriforme qui sort par l'urètre, lorsque les symptômes de la blennorrhagie aiguë ont déjà depuis longtemps disparu, dénote souvent un rétrécissement de l'urètre.

Les urines mêlées de sang, laissant déposer au fond du vase une matière visqueuse, tenace, purulente, pulvérulente ou graveleuse, sont consultées avec avantage dans le diagnostic des plaies et des affections calculeuses, catarrhales, inflammatoires de l'appareil urinaire.

Les sueurs fournissent peu de choses au diagnostic chirurgical; toutefois, nous ne devons pas passer sous silence l'odeur urineuse de la transpiration

cutanée, qui peut être considérée comme un indice de la rétention d'urine.

D'autres humeurs encore, en se faisant jour au dehors, peuvent dévoiler la nature de la maladie. Si l'ensemble des signes propres au testicule tuberculeux pouvait laisser le chirurgien dans l'incertitude, toute espèce de doute devrait disparaître de son esprit au moment où l'ulcération met en quelque sorte la maladie sous ses yeux. Nous ne devons point omettre le dépôt d'un liquide tantôt clair et limpide, tantôt jaunâtre, brun, opaque au-dessous de l'épiderme; liquide qui, en soulevant cette pellicule, détermine la formation des phlyctènes, dont la présence éclaire le diagnostic de quelques degrés de la brûlure, des contusions, annonce le développement de la gangrène, etc.

Mais, parmi les produits morbides versés à l'extérieur, il en est peu qui offrent autant d'intérêt que la matière purulente. Celle-ci présente des caractères qui varient suivant certaines circonstances, telles que le tissu qui l'a fournie, la nature et le degré de la maladie dont ce tissu est affecté, l'état général du malade. Bien que ces différences nous paraissent avoir été quelquefois exagérées, nous pensons que le pus présente parfois des modifications qui sont de nature à éclairer le diagnostic. Que le chirurgien, par exemple, trouve les linges qui ont servi au malade, imprégnés d'un pus ténu, séreux, roussâtre, fétide, il sera autorisé à penser qu'il s'agit d'une maladie du tissu osseux, et spécialement de la carie; si le pus contenait quelques parcelles osseuses, il n'y aurait aucun doute possible. Un pus chargé de lambeaux membraniformes, de débris putréfiés, annonce la désorganisation du tissu cellulaire. Le pus séreux, floconneux, indique souvent un abcès scrophuleux; il est visqueux, verdâtre dans les abcès vénériens.

L'inspection des matières sécrétées à la surface d'une plaie permet d'indiquer avec une certaine précision la période à laquelle elle est arrivée: dans les premiers moments, le liquide qu'elle fournit est séro-sanguinolent, puis séreux; elle se recouvre ensuite d'une couche grisâtre, friable, qui est remplacée par une sanie purulente plutôt que par un véritable pus; celui-ci paraît enfin avec sa couleur jaunâtre, sa consistance crémeuse; et le produit redevient encore fluide dans les derniers temps de la cicatrisation. Le ramollissement de la surface de la plaie et la couche couenneuse, dont elle se recouvre, forment des caractères importants de la pourriture d'hôpital.

La quantité du pus doit être prise en considération: qu'un abcès s'ouvre et qu'il s'en échappe un flot de pus disproportionné avec le volume de la tumeur, le chirurgien aura la presque certitude que cet abcès n'est point borné là où il proémine; mais qu'il provient soit d'un os plus ou moins éloigné, soit de la profondeur du membre, etc. Enfin, la suppression de la suppuration à la surface d'une large plaie, phénomène auquel les chirurgiens ont, avec tant de raison, attaché une grande importance, se lie au développement de cette terrible complication des maladies chirurgicales qu'on appelle la résorption purulente.

§ XI. *Fonctions intellectuelles et sensoriales.*

Les lésions de l'intelligence fournissent des documents utiles pour le diagnostic des maladies chirurgicales de l'encéphale, et probablement ces données deviendront plus précises encore, si la physiologie parvient à nous faire connaître les fonctions des différentes parties de cet organe. Ces lésions sont l'affaiblissement, l'anéantissement ou la perversion des fonctions intellectuelles; leur nature et leur degré permettent de supposer l'étendue ou l'intensité de la commotion, de la compression ou de la contusion de la pulpe cérébrale; elles peuvent également indiquer l'inflammation des méninges.

Les lésions des fonctions sensoriales ont aussi leur valeur; tantôt ces lésions annoncent une affection des centres nerveux; tantôt elles annoncent seulement une maladie des nerfs qui en naissent. La lésion de la sensibilité, quand elle est partielle, dépend ordinairement d'une maladie des nerfs; tandis qu'une lésion étendue, une hémiplégie, une paraplégie est le signe probable d'une maladie de l'axe cérébro-spinal; mais, comme presque toujours, dans ces derniers cas, la paralysie du sentiment est liée à celle du mouvement; nous renvoyons à l'article qui traite de cette fonction.

Nous n'abandonnerons pas ce sujet sans rappeler les exemples peu nombreux rapportés par Petit de Namur et Lapeyronie, et dans lesquels l'exaltation générale de la sensibilité a paru dépendre d'une blessure du cervelet.

Il est une dernière classe de sensations qui peuvent être utiles au chirurgien, pour l'éclairer sur le diagnostic de certaines maladies obscures: c'est ainsi que, dans la fracture du crâne, le bruit de pot cassé; le craquement, dans les fractures des membres; le coup de fouet, dans la rupture du plantaire grêle; la sensation particulière qu'éprouve, au moment de la déglutition des liquides, l'individu atteint d'une rupture de l'œsophage, ont mis plus d'une fois le chirurgien sur la voie de la véritable lésion.

§ XII. *Douleur.*

Il est rare qu'une maladie existe sans douleur, et souvent c'est le seul symptôme qu'elle présente; c'est, ainsi qu'on l'a dit, le cri des organes en souffrance. En l'envisageant dans ses rapports avec les

maladies chirurgicales, on voit qu'une douleur intense se fait ordinairement sentir dans les tumeurs à marche rapide ; qu'elle est sourde ou profonde dans celles dont la marche est chronique. Dans certaines tumeurs, la douleur n'a jamais existé : ce symptôme négatif est un de ceux qui aident à reconnaître un abcès par congestion, un lipôme, une tanne. La nature de la douleur fournit des indications plus précieuses encore : ainsi, des douleurs aiguës, pongitives, suivies de douleurs gravatives qui elles-mêmes finissent par disparaître, annoncent presque certainement un travail de suppuration; des douleurs lancinantes, un cancer ; des douleurs ostéocopes, une périostose ou une exostose syphilitique ; des douleurs brûlantes à l'anus, une fissure de cette partie. Le début d'un grand nombre de tumeurs blanches est marqué par la douleur, etc. Leur succession, leur durée, l'époque de leur apparition, le lieu où elles se manifestent, ne sont pas sans importance. Les médecins, comme les chirurgiens, ont noté que des douleurs nocturnes indiquent presque toujours une affection vénérienne ; que celles qui reviennent irrégulièrement, et sans cause connue, appartiennent aux maladies cancéreuses.

Relativement *au lieu*, c'est tantôt, et le plus souvent près du mal, tantôt plus ou moins loin, que la douleur se fait sentir : les calculs rénaux produisent de la douleur dans l'aîne ou le scrotum ; le symptôme le plus constant peut-être de la coxarthrocace est la douleur au genou.

§ XIII. *Lésions du mouvement.*

Les fonctions des muscles peuvent être perverties, affaiblies ou perdues complètement. La diminution de la myotilité ou son abolition complète nous font quelquefois diagnostiquer avec une grande précision les lésions traumatiques des nerfs ou des centres nerveux ; la paralysie du deltoïde, à la suite d'une luxation de l'humérus, indique une lésion du nerf circonflexe ; la paralysie de la paupière supérieure avec renversement du globe oculaire en haut et en dehors, décèle une lésion de la troisième paire ; la paralysie des extenseurs des doigts, dans un cas de plaie du bras, annonce sûrement la division du nerf radial.

Quant à la valeur de la paralysie comme moyen de diagnostic des maladies des centres nerveux, elle a été reconnue dès la plus haute antiquité. L'action croisée des lobes cérébraux est établie aujourd'hui sur un si grand nombre d'observations qu'il en faut faire la règle; laissant dans l'exception les cas contraires qui ont été publiés à cette occasion. Ainsi, l'hémiplégie est un signe important de diagnostic dans les cas de compression du cerveau par du sang, du pus ou une esquille ; il ne faut pas oublier toutefois que d'autres lésions traumatiques du cerveau peuvent aussi déterminer cette hémiplégie. La paraplégie appartient plus particulièrement aux lésions de la moelle épinière.

La perte du mouvement peut encore faire reconnaître une lésion musculaire, la section, l'adhérence d'un tendon. Elle peut aussi indiquer l'oblitération de l'artère principale d'un membre.

A la perversion des mouvements se rattachent les convulsions cloniques et toniques. Les premières se présentent assez souvent dans les lésions traumatiques du cerveau; les secondes s'observent dans le tétanos.

SECTION TROISIÈME.

De l'application des sens à la recherche des signes des maladies chirurgicales.

S'il est vrai qu'un des caractères distinctifs des maladies chirurgicales soit d'être plus accessibles aux sens que les affections internes, on comprendra toute l'importance de cette partie de notre sujet : aussi, nous croyons ne pouvoir donner trop d'attention aux développements qu'elle comporte. Pour se livrer à cette exploration, il est quelques préceptes généraux à observer. Si quelqu'un trouvait trop minutieux les détails dans lesquels nous allons entrer, nous lui répondrions par la phrase de J. L. Petit : « *Les moindres choses, quand il s'agit de la vie des* » *hommes, tirent à conséquence.* » (Malad. chirurg., t. III, p. 114.)

1° Quelle que soit la région du corps où siége le mal, il convient en général de le faire découvrir entièrement.

2° Si c'est une partie latérale du corps, il est souvent utile de découvrir simultanément le côté opposé.

3° Si l'air est très-froid, si le malade est atteint d'une blessure grave, etc., il faut avoir soin de ne découvrir que la partie qui a besoin d'être explorée : on ne saurait apporter trop d'attention à ce précepte dont la négligence a entraîné la perte de plus d'un malade. Dans les autres circonstances, il n'y aura pas d'inconvénient à découvrir entièrement le malade ; il sera même quelquefois utile de le faire, afin d'apprécier sa force, son embonpoint, sa stature, et des lésions antérieures, telles que : des cicatrices de bubon suppuré, d'abcès scrofuleux, la privation d'un membre, d'un doigt, d'une phalange, etc.

4° S'il existe quelqu'affection épidémique, telle que la pourriture d'hôpital, et qu'il s'agisse d'une solution de continuité, il faudra, ainsi que dans les circonstances précédentes, faire aussi rapidement que possible l'examen des parties malades.

5° Il faut donner à la région que l'on explore et à l'individu tout entier certaines positions, afin de

tendre ou de relâcher les parties; il faut parfois changer cette position, engager le malade à faire des mouvements, des efforts; l'examiner alternativement couché, assis, debout, etc.

6° En explorant une région, le chirurgien ne doit pas ignorer que souvent la lésion qui s'y rencontre est liée à une autre plus ou moins éloignée, dont elle est la cause ou l'effet; ce qui le conduit à faire des recherches extrêmement importantes pour le diagnostic : des exemples vont en établir la preuve. Une tumeur cancéreuse existe dans un point : le diagnostic ne sera pas complet, si l'on a omis d'explorer des régions où se trouvent les ganglions lymphatiques dans lesquels se jettent les vaisseaux qui proviennent de la partie malade; une tumeur molle existe dans l'aîne, sa cause est une carie du rachis qui a entraîné une gibbosité : le diagnostic serait-il complet, si l'on n'avait examiné que l'une ou l'autre de ces régions? C'est une écorchure au coude ou à la main qui, dans un cas de luxation de l'épaule rendu douteux par un gonflement considérable, est prise en considération par le chirurgien, pour confirmer les présomptions de son diagnostic, etc.

7° Enfin, les investigations sont parfois rendues plus parfaites à l'aide d'instruments qui accroissent l'intensité des impressions perçues par les organes des sens, ou qui permettent de faire des recherches dans les parties du corps vers lesquelles le sens explorateur, seul, n'aurait pu étendre son investigation. Ainsi, la loupe, les lacs; les tiges graduées, droites ou courbes; les sondes, les aiguilles, les stylets, les bougies à empreinte, les différentes espèces de spéculum, le trois quarts, etc., sont des instruments auxquels la chirurgie, bien plus souvent que la médecine, a recours pour rendre le diagnostic plus précis.

Dans cet exposé des services rendus par les organes des sens à la science du diagnostic, nous allons commencer par les sens qui, comme le goût et l'odorat, ont des applications très-restreintes, et nous terminerons par les plus importants.

§ Ier. — *Sens du goût.*

Le sens du goût est, de tous, celui qui fournit les notions les moins étendues à la science du diagnostic des maladies chirurgicales. Ce n'est pas que, dans plusieurs affections accompagnées de l'écoulement de liquides, de nature variée, la gustation de ces liquides ne pût donner des idées assez précises sur la nature de la maladie; mais, outre le dégoût qu'inspire ce mode d'exploration (dégoût qui, si le cas l'exigeait, ne devrait pas arrêter le chirurgien), il faut avouer que la plupart des notions qu'il procure seraient de peu d'utilité, puisque, dans les mêmes circonstances, les autres sens, et notamment l'odorat et la vue, suffisent pour éclairer ce diagnostic. A quoi bon constater, par ce sens, qu'une partie gangrénée a un goût d'une âcreté prolongée, ainsi que Valsalva s'en est assuré, quand la gangrène des parties externes est si aisée à diagnostiquer?

On en peut dire autant à l'occasion du liquide urinaire, de la bile, des matières stercorales, etc. Le diabète est peut-être la seule maladie chirurgicale où le sens du goût rivalise avec les autres par la précision qu'il donne au diagnostic. Je ne dois pas cependant passer sous silence une observation rapportée dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie, et dans laquelle la dégustation d'un liquide qui s'écoulait d'une plaie de l'abdomen fit juger à Petit que c'était une fistule biliaire.

§ II. *Sens de l'odorat.*

Les maladies chirurgicales, étant pour la plupart superficielles ou donnant lieu à des productions hétérogènes qui sont versées à la surface du corps, le sens de l'odorat peut enseigner à les distinguer les unes des autres.

Une ouverture fistuleuse existe sur un point quelconque de l'abdomen, il s'en écoule une liqueur transparente, jaunâtre, exhalant une odeur urineuse; à ce seul caractère nous reconnaissons une fistule, dont l'extrémité profonde aboutit à quelque point de l'appareil urinaire. Un individu reçoit une blessure qui intéresse les parois du ventre; quelque temps après, on voit sortir par la plaie un liquide ayant l'odeur des matières stercorales: cela indique que le tube digestif est intéressé. Lorsqu'après avoir ouvert un abcès de la fesse, à quelque distance de l'anus, le chirurgien constate que le pus qui s'écoule offre l'odeur stercorale, il est en droit d'en conclure que le foyer a son origine au voisinage du rectum, sinon dans la cavité même de l'intestin. L'odeur extrêmement fétide que répand le pus d'un abcès de la partie supérieure latérale du cou, dénote que le foyer était profond; car c'est au voisinage de la paroi latérale du pharynx que l'humeur renfermée dans ce foyer a contracté une odeur aussi infecte.

Dupuytren insistait beaucoup sur l'odeur excessivement fétide des abcès provenant d'une carie vertébrale; il la comparaît à l'odeur des eaux de macération. La gangrène, surtout celle qui se développe dans les parois de la bouche chez les enfants, est accompagnée d'une odeur tellement caractéristique que ce signe ferait à lui seul reconnaître la maladie.

Le cancer, suivant quelques auteurs, se distingue par l'odeur *sui generis* que répand la matière ichoreuse qui s'écoule de la surface des parties ulcérées; cette assertion paraîtra sans doute un peu hasardée. J'en dirai autant de l'odeur aigre qui, suivant d'autres, caractérise le pus scrophuleux.

§ III. *Sens de l'ouïe.*

Soit que l'on applique l'oreille nue ou aidée d'instruments à la surface du corps, soit que l'on percute les parties immédiatement, ou en interposant un corps étranger aux doigts et à la peau, soit enfin que, se tenant à distance, l'observateur perçoive le bruit de certains chocs, de certains frottements ; il peut y avoir, dans toutes ces circonstances, des éléments nombreux et précis de diagnostic. Nous devons avouer que le chirurgien a ici beaucoup emprunté à la médecine, et que plusieurs des explorations dont nous allons parler ont d'abord été mises en pratique, pour reconnaître l'existence des maladies internes.

Le sens de l'ouïe peut être employé pour reconnaître un calcul urinaire, un corps étranger, une fracture, une maladie de l'abdomen ou de la poitrine, l'emphysème, un anévrisme, une tumeur érectile, une nécrose, une dénudation d'un os, une inflammation du péritoine, une hernie, une perforation des voies respiratoires ou circulatoires.

De tous les signes auxquels on reconnaît l'existence d'un calcul urinaire, le bruit que produit le choc d'un corps métallique sur la pierre, et qui est nettement perçu par l'oreille, est celui auquel on peut accorder la plus grande confiance. L'erreur dans laquelle pourrait entraîner le choc de la sonde contre un bassin placé entre les cuisses du malade, ou contre une bague que le chirurgien porterait à son doigt, est trop facile à éviter pour altérer un instant la valeur de cette source de diagnostic.

Quant au bruit produit par le choc de la sonde contre des callosités, des matières fécales endurcies, ou un corps étranger renfermé dans le rectum, il n'a pas le plus souvent les caractères qui font reconnaître le calcul urinaire : on doit convenir cependant que ces bruits obscurs résultent aussi quelquefois du contact de la sonde avec certains calculs mous, enchatonnés, enkystés, ou recouverts d'un enduit muqueux plus ou moins épais.

Pour rendre les sons qui résultent de la collision d'un calcul vésical avec la sonde plus faciles à percevoir, on peut, suivant le conseil de M. Ashmead, distendre la vessie avec de l'air, en même temps que l'on place le stéthoscope sur la région hypogastrique.

Le sens de l'ouïe perçoit le bruit produit par la collision d'une sonde exploratrice contre un séquestre ou un os dénudé de son périoste, un corps étranger offrant une certaine compacité, tel qu'un fragment de pierre, d'os, une balle, etc.

Bien que la plupart des auteurs répètent presque à chaque page, en traitant du diagnostic des fractures : *on entend* la crépitation, ce n'est cependant pas une chose commune que d'*entendre* la crépitation ; on perçoit le plus ordinairement, par l'application des doigts ou, mieux encore, de la main, une sensation de frottement âpre, rugueux; mais l'oreille distingue rarement le bruit qui résulte de la collision des fragments. C'est dans le but de donner plus de précision à cette partie du diagnostic chirurgical, qu'on a proposé l'emploi du stéthoscope pour reconnaître certaines fractures.

La percussion d'une tumeur emphysémateuse fait entendre un son clair qui se distingue promptement de la matité des tumeurs formées par les solides ou les liquides.

Appliqué au diagnostic des anévrismes, le sens de l'ouïe fait reconnaître le bruit du souffle que chaque ondée sanguine détermine en passant de l'artère dans la tumeur, ou le bruissement particulier qui résulte du passage du sang artériel dans une veine, dans les cas d'anévrisme variqueux. C'est encore un bruit de souffle que présentent souvent les tumeurs érectiles, bruit qui devient plus prononcé, si la circulation est momentanément accélérée. On a entendu ce bruit dans des tumeurs encéphaloïdes très-vasculaires.

Mais c'est surtout dans la recherche des maladies qui ont leur siége dans la poitrine ou dans l'abdomen, telles que l'empyème, les collections de liquides dans le médiastin antérieur, dans la cavité du péritoine ou dans des kystes, l'accumulation de matières stercorales dans le gros intestin, la distension des intestins par des gaz, etc., c'est, dis-je, dans ces cas que l'auscultation et la percussion fournissent des sources précieuses de diagnostic. Les préceptes pour ces modes d'exploration étant exposés dans les traités de pathologie générale, je ne crois pas devoir les reproduire ici. D'ailleurs, cela touche de plus près à la clinique médicale qu'à la chirurgie. Je ne passerai pas sous silence néanmoins l'importance de la percussion de l'hypogastre, dans le cas de rétention d'urine; le son mat obtenu au-dessus du pubis tenant le plus souvent à l'accumulation des urines dans la vessie.

Il est quelques autres maladies au diagnostic desquelles le sens de l'ouïe peut contribuer. C'est ainsi que le sifflement que produit l'air, en s'échappant d'une blessure du front, du cou, de la poitrine, d'une division spontanée ou traumatique des enveloppes de la hernie, annonce une plaie du sinus frontal, de la trachée, fait soupçonner une plaie du poumon, dénote une perforation intestinale, etc. Le même phénomène peut servir au diagnostic des fractures du crâne avec décollement de la dure-mère. Un sifflement particulier qui se fait entendre, pendant une opération pratiquée dans certaines régions, accompagne la pénétration de l'air dans une veine divisée. Le sens de l'ouïe permettrait également de reconnaître le début d'une péritonite traumatique, si, comme M. Després a cherché à l'établir d'après quelques observations présentées à la société anatomique, cette période de la maladie est caractérisée par un bruit particulier, analogue

à celui signalé par M. Reynaud dans la pleurésie.

§ IV. — *Sens de la vue.*

Employé au diagnostic des maladies chirurgicales, il l'emporte de beaucoup sur le goût, l'odorat et l'ouïe, et ne le cède peut-être qu'au toucher. Dans un ouvrage, en partie destiné aux artistes, mais où le chirurgien peut puiser des notions utiles, M. le professeur Gerdy a montré l'importance de l'étude de la forme extérieure du corps. Les contours naturels du tronc ou des membres ne peuvent être altérés sans qu'aussitôt le regard de l'observateur ne soit frappé de la déformation dont la partie malade est le siége : ainsi, du premier coup d'œil, le chirurgien apprécie la déformation des parties, qui résulte d'une fracture avec déplacement des fragments, d'une luxation, de certaines altérations survenues lentement, telles que l'abaissement ou l'élévation de la hanche dans les maladies de l'articulation coxo-fémorale, la saillie anormale d'une ou plusieurs apophyses épineuses, la saillie de l'œil chassé par une tumeur développée dans l'orbite, l'élargissement ou le rétrécissement d'une des moitiés de la poitrine.

Par le sens de la vue, l'on apprécie la couleur des parties, et de là encore une source précieuse de diagnostic, dans une foule de cas : ainsi, la teinte de la peau varie dans l'érysipèle, le phlegmon, l'anthrax, la pustule maligne, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques ou veineux superficiels, les plaques syphilitiques, l'inflammation qui menace de se terminer par gangrène, les ecchymoses.

La couleur des cicatrices peut encore éclairer le diagnostic ; il en est de même de certaines taches de la peau.

Il est, d'une autre part, une foule d'affections qui ne modifient en rien la coloration du tégument externe : une hernie non étranglée, un lipôme, par exemple. Il en est enfin qui laissent long-temps la peau incolore et finissent par lui donner une teinte rouge plus ou moins foncée : tels sont l'abcès froid simple, l'abcès par congestion, l'anévrisme. Pour peu qu'on veuille parcourir un traité de chirurgie, on reconnaîtra l'importance de cet examen : il est rare que, dans l'exposé des caractères d'une tumeur, on néglige de dire si elle est ou non avec changement de couleur à la peau.

La coloration est modifiée à toute la surface du corps chez quelques-uns des malades atteints de lésions organiques anciennes ou de phlébite : elle offre parfois, dans ce dernier cas, une teinte ictérique qui pourrait faire croire à une affection du foie.

Relativement aux solutions de continuité, si c'est une division récente, la couleur des tissus divisés, leur texture sont encore appréciés par le sens de la vue ; un muscle, un tendon, un nerf, l'intestin, sont bientôt reconnus ; s'il y a une hémorrhagie, l'on voit couler le sang en nappe ou par un jet continu ou saccadé ; on constate qu'il est noir, ou rouge et écumeux. Si la division est ancienne et étendue en surface, l'on reconnaît au volume et à la couleur des bourgeons vasculaires, si elle est ou non en bon état, si elle est atteinte de quelque complication, la pourriture d'hôpital, par exemple ; la forme des bords d'un ulcère, l'aspect de son fond, apprennent promptement à quelle espèce il faut le rapporter. Si la division est très-ancienne et à ouverture étroite, si c'est une fistule en un mot, la couleur du liquide qui s'en écoule, sa quantité, la continuité ou l'intermittence de l'écoulement peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Il est des parties du corps qui échappent plus ou moins complètement à l'investigation des autres sens ; celui de la vue s'exerce encore avec avantage. Par lui sont reconnus les ulcères du pharynx, quelques maladies des fosses nasales, du conduit auditif, du col de l'utérus, des différents milieux de l'œil, etc.

La lumière qui éclaire la partie malade est tantôt la lumière diffuse, c'est ce qui a lieu pour le plus grand nombre des maladies ; tantôt la lumière solaire, c'est ce qui est le plus avantageux pour l'inspection du conduit auditif, des fosses nasales ; tantôt la lumière artificielle ; on l'emploie souvent pour faire l'inspection du pharynx, du col de l'utérus, du conduit auditif, etc. La lumière arrive presque toujours directement sur la partie que l'on observe ; quelquefois, il faut la faire tomber sous plusieurs directions différentes, pour l'inspection de la cataracte, par exemple, afin d'apprécier, par la projection de l'ombre de l'iris sur le cristallin, les rapports de ces deux organes ; tantôt enfin, on emploie la lumière réfléchie ; ainsi, certains points de la bouche ou des dents sont mieux aperçus, en plaçant un petit miroir dans la cavité orale ; le fond du conduit auditif est mieux éclairé, en faisant tomber sur lui les rayons lumineux rassemblés par une cuillère d'argent parfaitement polie.

Le sens de la vue peut encore nous faire reconnaître la mobilité dans une fracture arrivée à l'époque de la consolidation, surtout lorsque l'os fracturé est peu éloigné de la superficie du membre : dans les fractures de la jambe, on peut remarquer qu'il se forme des plis transversaux, au niveau de la solution de continuité, lorsqu'en fixant l'extrémité supérieure de la jambe au niveau des condyles du tibia, on soulève légèrement le talon ; il ne faut pas oublier que, dans cette exploration, le chirurgien doit se tenir en garde contre une cause d'erreur, le refoulement des téguments, soit par la main de l'aide qui fixe le tibia, soit par la flexion du pied sur la jambe.

Les mouvements dont une partie est le siége sont perçus par le sens de la vue. C'est en voyant une tumeur agitée de mouvements isochrones à ceux du pouls que l'on reconnaît qu'elle a des connexions avec la portion artérielle du système circulatoire; on peut rendre cette sensation plus précise en mettant sur la partie la plus saillante de la peau une tache d'encre ou un peu de poudre. Les doubles mouvements qui soulèvent quelques tumeurs de la tête apprennent qu'elles s'échappent à travers une ouverture de la boîte osseuse du crâne. C'est encore par le sens de la vue que le chirurgien reconnaît les mouvements de l'iris, qui ont une si grande importance dans l'appréciation de plusieurs des maladies du globe oculaire.

Le sens de la vue, en faisant apprécier la translucidité ou la transparence des parties, conduit souvent à un diagnostic fort exact de la maladie. C'est par l'altération de la transparence des parties constituantes de l'œil que l'on reconnaît les taches de la cornée, l'hypopion, les exsudations plastiques qui remplissent les chambres de l'œil, l'opacité du cristallin, le glaucôme.

La translucidité d'une tumeur qui distend le scrotum, apprend que c'est une hydrocèle. Nous avons, par ce moyen d'exploration, reconnu un kyste séreux qui occupait l'épaisseur de la joue; kyste qui avait été pris par Dupuytren pour une tumeur érectile; nous avons diagnostiqué, de la même manière, une tumeur enkystée qui siégeait à la partie inférieure latérale du cou; une autre qui en occupait la partie moyenne et antérieure, et que des médecins avaient cru être le corps thyroïde hypertrophié; deux autres qui avaient leur siége dans l'aisselle. C'est à l'aide de cette translucidité que l'on constate la nature des tumeurs qui s'observent dans les cas de spina-bifida avec hydrorachis, etc.

Le résultat précieux auquel conduit l'exploration d'une tumeur, dans le but d'en reconnaître la translucidité, nous engage à consacrer quelques développements à ce sujet. L'inspection doit être faite dans un lieu obscur; la tumeur elle-même sera rendue aussi saillante que possible, en pressant sur sa base ou son côté profond, comme si on voulait la faire sortir à travers les téguments. Par cette pratique, elle se détache davantage des parties environnantes, de telle sorte qu'elle est traversée par un plus grand nombre de rayons lumineux, en même temps que la lumière en est approchée plus facilement. Il résulte de cette pratique un second avantage, c'est que les enveloppes de la tumeur deviennent plus minces par la distension qu'elles éprouvent, et par là même plus perméables aux rayons lumineux. Le milieu de la tumeur doit être surmonté par un corps opaque, soit la main, soit une lame de carton, afin d'intercepter le passage des rayons lumineux à son pourtour, de ne laisser arriver à l'œil de l'observateur que ceux qui la traversent, et d'en augmenter par là l'intensité relative. La lumière artificielle doit être approchée d'un des côtés de la tumeur, aussi près que possible, c'est-à-dire à quelques lignes ou un demi-pouce au plus, en évitant de brûler le malade: la tumeur étant ainsi tendue, soulevée, environnée de parties opaques, excepté sur deux faces opposées, et éclairée sur un de ses côtés, le chirurgien, placé de l'autre côté, reconnaît si elle est ou non translucide, et dans le premier cas, quel est son degré de translucidité. Si la translucidité existe très-évidente, cela démontre qu'un liquide transparent est renfermé dans la tumeur, et que les parois en sont peu épaisses: si la translucidité est moins parfaite, et que d'ailleurs les préceptes précédents aient été bien suivis, cela dénote, ou que le liquide est louche, ou que les parois ont une certaine épaisseur. Si enfin la tumeur est opaque, c'est que le liquide qu'elle renferme est lui-même opaque, à moins que ses enveloppes ne soient très-épaisses, ou formées par des tissus imperméables aux rayons lumineux. Enfin, le défaut de translucidité peut faire soupçonner, dans le même cas, que la tumeur ne renferme pas de liquide. Mais, nous le répétons encore, si les préceptes tracés plus haut et dont quelques-uns sont tirés de notre expérience personnelle ne sont pas bien observés, on peut méconnaître la translucidité dans une tumeur où pourtant elle existe; c'est ainsi que nous avons vu quelquefois l'hydrocèle paraître obscure, parce qu'on tenait la lumière à quelque distance de la tumeur, ou parce qu'on se bornait à la soulever, sans tendre la peau du scrotum à sa surface.

Cette méthode d'exploration, outre qu'elle apprend que la tumeur que l'on examine est formée par un liquide transparent, montre aussi, par l'inégalité de la translucidité de la masse totale, quelles sont les parties dans lesquelles rampent des vaisseaux un peu volumineux, quel est le lieu occupé par le testicule. Mais on aurait tort de s'attendre à voir une ombre aussi grosse que l'est l'organe lui-même, se dessiner sur la paroi opposée de la tumeur; on n'aperçoit qu'une lame un peu plus épaisse que les autres points du pourtour de la tumeur. Dupuytren a donné l'explication de ce phénomène, en faisant remarquer que les rayons lumineux, éprouvant à travers le liquide le phénomène de la diffraction, s'inclinent autour du testicule pour converger ensuite vers l'œil de l'observateur. L'ombre du testicule serait plus considérable, si cet organe était, par hasard, accolé à l'une des deux parois latérales de la tumeur, surtout à celle qui répond au chirurgien.

Il n'est pas toujours indifférent pour le diagnostic d'examiner les parties malades à la lumière diffuse ou à la lumière artificielle, à une lumière vive ou à une lumière faible, avec une direction perpendiculaire ou oblique des rayons lumineux:

les taches jaunes de la peau qui résultent des ecchymoses cessent d'être visibles à la lumière artificielle ; plusieurs maladies des yeux ne se peuvent bien voir qu'à un demi-jour ; certains reflets de lumière peuvent en imposer pour des colorations qui réellement n'existent pas, etc.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer montrent combien de notions importantes sont fournies au chirurgien par le sens de la vue. Ces notions ont un degré de précision que nous cherchons souvent en vain dans les autres moyens d'investigation. N'oublions pas toutefois qu'il ne suffit pas toujours de jeter les yeux sur une partie malade, pour la bien voir : les yeux comme les autres sens ont leur éducation, et tous les chirurgiens savent combien il est difficile de distinguer entre elles les diverses nuances d'opacité d'une cataracte commençante et d'une amaurose avec décoloration de la choroïde.

§ V. — *Sens du toucher.*

De tous les sens, celui qui fournit les renseignements les plus nombreux, les plus variés, pour arriver à la connaissance des maladies chirurgicales, c'est, sans contredit, le toucher. Par lui, nous apprécions la température de la partie malade, sa sensibilité, sa consistance, sa forme, sa mobilité, son étendue, sa profondeur, les battements, le frémissement, la crépitation; et, si l'on réfléchit qu'il est à peine quelque lésion dans laquelle il ne soit utile d'avoir des notions sur un ou plusieurs des états précédents, pour asseoir son diagnostic, on sentira combien est exacte la proposition précédente. On peut dire que le toucher est le sens chirurgical par excellence, et l'on ne saurait exposer avec trop de détails la manière de le mettre en usage, pour obtenir les sensations précieuses à l'aide desquelles le chirurgien arrivera à la connaissance de la maladie.

L'application de la main sur la partie malade, suffit pour en faire percevoir la température. Cette première application permet déjà de reconnaître en partie l'intensité de l'inflammation, ou les approches de la gangrène. La diminution de la température, dans les cas de maladie inflammatoire, indique que la résolution s'opère; son abaissement de plus en plus considérable, dans les cas où l'on redoute la gangrène, dénote cette fâcheuse terminaison : c'est avec une vive sollicitude que le chirurgien explore un membre dont il a lié l'artère principale ; le retour de la chaleur naturelle (qu'il ne faut pas confondre avec la chaleur artificielle, communiquée par des sachets de sable chaud ou autres, dont on environne le membre) annonce le rétablissement de la circulation.

Il est rare que, pour apprécier la température, le chirurgien ait recours à quelque moyen accessoire ; toutefois, c'est avec cet instrument que Dupuytren dit s'être assuré que la température d'une partie frappée de gangrène sénile s'abaisse au-dessous de la température des cadavres et de celle des milieux ambiants. Le thermomètre a encore été employé pour juger du rétablissement de la circulation, après la ligature d'une artère.

Sensibilité. S'il y a plusieurs maladies dans lesquelles la douleur est très-prononcée, de telle sorte qu'il suffit du récit du malade pour la faire apprécier; il est bien d'autres cas dans lesquels il convient de se livrer à des pressions plus ou moins fortes pour la développer. Si l'affection est douloureuse par elle-même, le toucher accroîtra ou non les souffrances du malade; si elle est indolente, les pressions auxquelles on la soumet feront encore juger de son degré de sensibilité. Un engorgement non ulcéré du sein est le siége de douleurs lancinantes très-vives que n'augmente pas la pression; il est probable que c'est un cancer : le testicule et l'épididyme distendus par plusieurs masses dures et arrondies ne sont nullement douloureux, la pression d'une partie souple et molle de la tumeur fait naître une souffrance semblable à celle qui résulterait d'une pareille compression du testicule du côté opposé ; ce signe s'ajoute à ceux qui appartiennent déjà au sarcocèle tuberculeux.

Consistance. Elle est assez facile à apprécier par le toucher, lorsque la maladie est superficielle ; il n'en est pas de même lorsqu'elle est située profondément. Une dureté particulière caractérise les exostoses, les périostoses à leur début, le spina ventosa, les corps fibreux en partie ossifiés, etc... Une dureté moindre, mais considérable encore, appartient au corps fibreux, au squirrhe et aux tubercules à l'état crû, etc. Les doigts, par le degré de résistance qu'ils éprouvent de la part des parties comprimées, fournissent des notions assez précises sur la consistance des tumeurs qui précèdent ; mais, quand la masse à explorer offre de la mollesse, le moyen d'investigation doit être employé avec la plus parfaite attention et en se conformant à certaines règles qui rendent les sensations plus précises. Bien constater la fluctuation d'une tumeur pleine de liquides, la souplesse d'un lipôme, l'élasticité des tumeurs fongueuses, c'est faire beaucoup pour arriver à la connaissance de ces maladies. Donnons donc à cette partie du diagnostic les développements qu'elle mérite.

On entend par sensation de *Fluctuation* celle qui résulte du déplacement brusque et rapide des couches de liquide dont la réunion constitue une collection plus ou moins considérable et circonscrite par une enveloppe commune: ce phénomène repose sur la propriété qu'ont les corps liquides d'être incompressibles. Pour faire naître la fluctuation et la percevoir, voici comment il faut s'y pren-

dre: les doigts d'une main, la gauche, par exemple, sont posés à plat et par leur face palmaire, sur un des côtés de la tumeur, sur laquelle ils exercent une compression modérée, uniforme; avec les doigts de l'autre main, le chirurgien frappe un coup sec et léger sur le côté opposé de la tumeur, et, à l'instant, une sensation particulière, un choc comme celui qui résulterait de la percussion fait avec une vessie pleine de liquide, est perçu par les doigts de la main gauche. Pour que cette sensation se développe, il faut que les parois de la tumeur soient molles, qu'elles ne soient pas trop fortement distendues, que la collection de liquides soit assez considérable. Si les enveloppes dans lesquelles est renfermé le fluide sont osseuses, comme au crâne ou à la poitrine; si elles sont considérablement tendues, comme dans certaines hydrocèles, certaines hydropisies enkystées de l'ovaire; si la quantité de liquide est peu considérable, comme dans le plus grand nombre des abcès, le phénomène de la fluctuation sera complètement nul ou fort obscur.

Il est une autre sensation que fait naître le toucher des collections de liquides et que l'on désigne, bien à tort, sous le nom de sensation de la fluctuation; car cette sensation n'est plus la même que la précédente et elle ne s'obtient pas de la même manière. Du reste, elle repose encore sur la propriété qu'ont les liquides d'être incompressibles. C'est par elle que l'on découvre les collections de fluides qui constituent les abcès, les hydarthroses, les épanchements de sang, etc...

Voici comment on la fait naître : le chirurgien commence par appuyer sur un point superficiel de la tumeur la pulpe d'un ou plusieurs doigts de la main gauche; puis, avec les doigts de l'autre main posés le plus souvent sur le même côté de la tumeur et à une certaine distance des doigts de la main gauche, il exerce une pression graduellement accrue et perpendiculaire à la surface de la peau; bientôt il s'aperçoit que les doigts de la main gauche sont doucement repoussés des parties profondes vers les superficielles ou de dedans en dehors; ils sont comme soulevés par une masse douce, molle, et cependant puissante dans son action. Arrivé là, il faut cesser de presser avec la main droite et de déprimer de plus en plus les parties qu'elle touche, mais on ne doit pas non plus soulever les doigts de manière à les écarter de la tumeur; il faut les tenir appliqués exactement sur elle, en les maintenant au point de profondeur où ils sont arrivés. Alors on commence à presser avec les doigts de la main gauche, en augmentant graduellement la pression; et, pendant ce temps, l'on perçoit dans les doigts de la main droite une sensation analogue à celle qui avait été perçue par la main gauche. On peut, on doit même recommencer la même manœuvre avec les doigts de la main droite et de la main gauche, un certain nombre de fois sans interruption, en ayant soin de porter son attention alternativement sur les doigts qui sont repoussés du dedans au dehors; car ce sont ceux-là, et non ceux qui pressent, qui perçoivent la sensation dite de la fluctuation.

En répétant ainsi cette manœuvre, il semble que l'on se renvoie d'une main à l'autre un corps souple et arrondi qui passe à travers les tissus qui séparent les doigts. Cette exploration serait mal faite, si le chirurgien voulait ici, comme dans le cas précédent, constater la présence d'un liquide par le choc rapide et brusque des doigts; et c'est pourtant ce que nous avons vu faire à beaucoup de personnes abusées par ce mot de *fluctuation*, et qui pensaient qu'ici les choses se devaient passer comme dans l'ascite. Cette exploration serait également mal faite si le chirurgien, préoccupé de l'idée que les doigts, d'abord mis sur la tumeur, doivent être repoussés de dedans en dehors et soulevés quand la pression est exercée avec l'autre main, écartait activement ses doigts de la surface de la tumeur, tandis que la main opposée exerce une pression active. Cette préoccupation n'est pas la seule cause qui entraîne cette faute; la loi d'harmonie qui préside à nos mouvements peut aussi y contribuer; et, par elle, nous pouvons instinctivement lever et abaisser alternativement une main, pendant que l'autre accomplit des mouvements diamétralement opposés. En un mot, et pour résumer ce qui a trait à ce point important de diagnostic : pour percevoir la fluctuation dans le cas qui nous occupe, il faut, un ou plusieurs doigts de l'une et l'autre main étant appliqués à la surface d'une tumeur, qu'il y ait une pression active, un déplacement actif d'une main de dehors en dedans, tandis que l'autre est passive et que son mouvement lui est communiqué, en même temps que toute la faculté d'attention du chirurgien se porte sur la sensation perçue par cette dernière.

Analysons actuellement le phénomène de la fluctuation : dans l'ascite, la percussion brusque de la paroi latérale du ventre communique aux molécules du liquide un choc, un ébranlement, qui se transmet de proche en proche à toute la masse et va retentir sur la paroi opposée où il peut être perçu. Dans la fluctuation d'un abcès (et nous conservons ce mot pour éviter de tomber dans le néologisme), le liquide comprimé doucement dans un point, ne pouvant s'affaisser, réagit sur tous les autres points, et tend à repousser les parois de la poche qui le renferme. Cette tendance est surtout manifeste du côté qui offre le moins de résistance et qui répond ordinairement à la peau, et elle est d'autant plus forte que la pression est plus considérable. Cette partie sera donc soulevée, et avec elle les doigts de l'observateur.

Cette explication, que depuis long-temps nous avons donnée dans nos cours de clinique, et qui

n'a, nous le croyons, été présentée par personne, cette explication, disons-nous, peut rendre compte de plusieurs phénomènes que le praticien a le plus grand intérêt à connaître.

1° Si la tumeur dans laquelle on recherche la fluctuation a des parois fort épaisses du côté de la peau, si elle confine profondément à des parties compressibles, on pourra inutilement rechercher la fluctuation.

2° Si la poche qui renferme le liquide est fort étendue et si celui-ci existe en petite quantité, on pourra en méconnaître la présence, à moins que l'on n'ait le soin de le rassembler dans un point circonscrit, et de l'y retenir pendant que l'on cherche la fluctuation.

3° La sensation de la fluctuation peut naître, lorsqu'il n'y a pas de liquides rassemblés en foyer dans les cas où les parties offrent d'ailleurs les autres conditions de la fluctuation. Ainsi, une tumeur sous-cutanée peut exister avec des enveloppes environnées de parties qui ne prêtent nullement à sa distension; cette tumeur est formée par des parties engorgées par une si grande quantité de liquides qu'il en résulte une masse totale, à peu de chose près, aussi incompressible que les liquides eux-mêmes rassemblés en foyer; il est certain que dans ce cas l'exploration, faite ainsi que nous l'avons prescrit plus haut, produira un déplacement alternatif, qui ressemblera beaucoup à celui du liquide. C'est ce qu'on observe aux membres, quand on presse des saillies musculaires, en plaçant les doigts sur les deux points de la circonférence du membre; c'est ce qu'on observe sur la face palmaire des doigts atteints d'inflammation; c'est ce qu'on observe pour beaucoup de tumeurs accidentelles. Dans quelques-uns des cas que nous venons de citer, la fluctuation disparaît entièrement, si l'on donne à la partie une position différente, si l'on applique les doigts dans un autre sens. Ainsi, aux membres, on ne sent plus de fluctuation, quand les doigts sont placés selon l'axe vertical du membre; ce qui tient à ce que la pression refoule les parties molles de côté et non de haut en bas.

4° Si la collection de liquide est profonde, au-dessous d'une aponévrose d'enveloppe, par exemple, on comprend qu'alors le liquide comprimé s'étendra plutôt selon la longueur du membre que de dedans en dehors, dernier sens dans lequel il est retenu par une lame fibreuse inextensible. D'ailleurs, la pression excentrique du liquide, de ce côté, ne peut agir sur les doigts qu'à travers une couche plus ou moins épaisse de parties molles, souvent rendue plus considérable par du sang ou de la sérosité infiltrés dans le tissu cellulaire; dispositions qui en affaiblissent plus ou moins l'énergie. On comprend que, pour arriver au diagnostic dans ces cas obscurs et pourtant si graves quand ils sont méconnus, il faut presser fortement sur la tumeur et avec une large surface : ce sera avec la face palmaire des doigts ou avec la paume des mains. La forte pression offre plusieurs avantages : elle chasse aux environs les liquides infiltrés dans le tissu cellulaire; elle condense les lames cellulo-graisseuses qui séparent les doigts de la collection purulente, en diminuent l'épaisseur, et la rendent plus apte à transmettre la pression des doigts au liquide et du liquide aux doigts. L'action par de larges surfaces déplace une plus grande quantité de liquides, et rend par conséquent l'action excentrique de ceux-ci plus prononcée dans les points qui ne sont pas comprimés : c'est ainsi que nous avons pu souvent découvrir des collections de liquide profondes, qui n'avaient même pas été soupçonnées par les moyens ordinaires d'investigation. Que si cependant il y avait encore du doute dans ce cas, on devrait, à l'exemple de Dupuytren, faire une incision d'une certaine étendue sur la tumeur, en s'arrêtant à l'aponévrose d'enveloppe inclusivement : Dans les 24 heures, le liquide, s'il existe, fera effort pour s'échapper par l'ouverture, et l'on trouvera l'abcès vidé ou bien une tumeur saillante et bombée dans le fond de l'incision, et la fluctuation sera extrêmement facile à y constater.

Certaines tumeurs ne peuvent être examinées ni par l'une ni par l'autre méthode d'exploration que nous venons de faire connaître, c'est lorsqu'elles sont profondes et que l'on ne peut les atteindre qu'avec un doigt, porté dans l'intérieur d'une cavité naturelle ou accidentelle; il faut alors placer le bout du doigt sur la partie la plus saillante de la tumeur, l'enfoncer perpendiculairement sur elle et s'arrêter un instant. On sent le doigt pressé par une masse molle qui fait effort pour le repousser; effort qui décroît et cesse entièrement quand le doigt est revenu au point où il était d'abord. On conçoit que cette réaction reconnaît la même cause que celle dont nous avons parlé plus haut. Le liquide, refoulé dans la poche par le doigt, distend les parois de celle-ci qui font effort pour revenir sur elles-mêmes et repousser à leur tour, par l'intermédiaire du liquide, le doigt du chirurgien. Ce phénomène peut aussi être obtenu pour les collections de liquide situées à l'extérieur. M. Lisfranc l'a indiqué comme pouvant aider à reconnaître un abcès profond des membres.

Il arrive quelquefois qu'en palpant une région avec deux doigts assez rapprochés l'un de l'autre, on perçoit une sensation qui peut faire croire à la présence d'un liquide, qui d'ailleurs n'existe pas. Cette sensation est due au déplacement des parties molles, qui sont renvoyées d'un doigt à un autre par la pression alternative de ces derniers. On reconnaîtra bientôt l'erreur, si l'on fait attention que, dans ce cas, la partie du doigt qui est repoussée

n'est pas la pulpe, mais bien celle qui regarde du côté du doigt qui exerce actuellement une pression. Ce n'est pas un liquide qui soulève perpendiculairement la pulpe du doigt, ce sont des parties molles déplacées latéralement, et qui pressent dans le même sens.

La main du chirurgien, appliquée à la surface des tumeurs formées par l'infiltration des fluides dans le tissu cellulaire, perçoit une sensation de mollesse particulière. Une pression lente et graduée déprime la surface de ces tumeurs, et y laisse une impression qui ne tarde pas à disparaître. Si l'infiltration est tellement considérable que la tumeur soit presque entièrement formée par le liquide, on peut percevoir le flot déterminé par une percussion brusque : M. Récamier a depuis longtemps appelé l'attention des médecins sur ce phénomène ; il a fait remarquer que la fluctuation, fournie par une infiltration des parois de l'abdomen, peut faire croire à un épanchement dans sa cavité.

Ce même praticien a, en outre, indiqué le moyen d'éviter cette méprise ; il conseille de faire placer de champ la main d'un aide sur la ligne médiane, afin de couper le flot du liquide contenu dans les parois. On conçoit dès-lors que si la fluctuation est perçue, elle indique un épanchement dans la cavité abdominale.

Les tumeurs molles n'étant pas toutes dues à l'accumulation des liquides infiltrés ou épanchés, la fluctuation n'est pas la seule sensation que le toucher y fasse découvrir. Il en est qui présentent une grande mollesse, unie à beaucoup d'élasticité : telles sont les altérations des membranes synoviales, auxquelles Brodie a donné le nom de fongueuses ; telles sont beaucoup de tumeurs érectiles ; telles sont encore les tumeurs encéphaloïdes qui commencent à se ramollir. Si on les presse avec une seule main, on sent la saillie s'affaisser de plus en plus ; et, si l'on cesse la compression, bientôt la tumeur réagit et repousse vers la surface les doigts du chirurgien. Il existe donc ici un phénomène parfaitement analogue à celui qui s'observe quand on ne peut toucher une tumeur pleine de liquide qu'avec une seule main ; mais, si l'on soumet la masse totale aux pressions alternatives dont nous avons parlé plus haut, on reconnaît qu'il n'y a plus de fluctuation. Il y a pourtant encore, dans ce cas, une cause d'erreur que nous devons signaler ; car, faute de la connaître, un praticien, même expérimenté, commettra la méprise. Combien souvent, en effet, n'a-t-on pas vu plonger le bistouri dans une tumeur située autour d'un genou atteint de tumeur blanche, et, au lieu de pus, s'échapper à travers l'ouverture un fongus volumineux ? A quoi tient donc ici l'apparence de fluctuation ? Le voici : chaque main pressant alternativement sur la tumeur, les doigts sont alternativement repoussés par la masse élastique qu'ils ont déprimée au-dessous d'eux, et comme cette répulsion a lieu au moment où l'une des mains presse sur une partie de la tumeur, n'est-il pas logique de croire que c'est le pus déplacé qui soulève les doigts de l'autre main ? Mais, outre que cette élasticité a quelque chose de particulier qu'à force d'habitude et d'attention on peut distinguer de la véritable fluctuation, on évitera sûrement la méprise, si, après avoir posé les doigts d'une main, et apprécié la résistance de la tumeur comprimée, on presse alors, et de plus en plus fortement, avec les doigts de l'autre main ; car, pour peu que la distance qui sépare les deux mains soit d'un pouce et demi à deux pouces, avec quelque énergie que l'on comprime, il n'y aura aucune sensation de fluctuation nouvelle, et la force qui tend à soulever les doigts ne sera point accrue.

Un toucher doux, que l'on pourrait appeler spongieux, est déterminé par l'application de la main à la surface des tumeurs formées par l'accumulation de la graisse. Lorsque la partie huileuse qui entre dans la composition d'un lipôme y est en grande quantité, qu'elle s'y trouve dans un état de liquidité extrême, et que les cloisons qui séparent les masses adipeuses offrent peu d'épaisseur, si d'ailleurs la masse totale est dans les conditions dont nous avons parlé plus haut, la sensation de la fluctuation y devient apparente.

Battements et frémissements. Aussi bien et mieux encore que le sens de la vue, celui du toucher fait reconnaître les battements et les frémissements qui se produisent dans certaines maladies, telles que les anévrismes, les plaies d'artère avec infiltration du sang dans le tissu cellulaire, les tumeurs érectiles, les tumeurs fongueuses de la dure-mère, etc.

Une tumeur existe sur le trajet d'une artère, la vue y a découvert des battements ; mais l'application de la main dans une large surface apprend au chirurgien si les mouvements éprouvés par la tumeur sont des mouvements d'expansion ou seulement des mouvements de locomotion générale ; en un mot, si le sang artériel pénètre dans son épaisseur, ou si elle est soulevée par l'artère. Le toucher seul peut d'ailleurs rendre sous ce point de vue l'exploration complète ; il est en effet possible, dans certains cas, de soulever la tumeur, de la déplacer de manière à l'éloigner du vaisseau qu'elle avoisine, et dès lors disparaissent les battements dont elle était agitée.

Dans les anévrismes variqueux, le toucher fait reconnaître, outre le mouvement d'expansion dont nous venons de parler, un bruissement particulier qui s'étend à une certaine distance dans les veines voisines ; l'on sent, en outre, une ondulation particulière dans ces dernières.

Si, au moment où le chirurgien recherche les

battements, il éprouvait lui-même une forte accélération de la circulation, il devrait apporter un surcroît d'attention pour ne pas confondre avec les pulsations de ses propres artères, celles de la région qu'il explore.

Crépitation. C'est par le sens du toucher que le chirurgien perçoit la crépitation, phénomène qui est loin d'être identique dans tous les cas, et dont la valeur diagnostique est parfois très-grande, j'ai presque dit pathognomonique. La crépitation se rencontre dans les fractures, les luxations, les maladies chroniques des articulations, les bosses sanguines, les kystes synoviaux renfermant des grains cartilaginiformes, l'inflammation des gaînes tendineuses, l'emphysème, et quelques autres maladies. On entend par là une sensation qui fait naître l'idée d'un frottement rugueux : c'est un craquement particulier qui s'observe dans la partie malade, et qu'il est plus facile de reconnaître que de décrire. Bien que commun à beaucoup de maladies, ce symptôme offre dans chacune un caractère particulier; tel que la crépitation d'une fracture ne ressemble pas à celle de l'emphysème, cette dernière à celle des bosses sanguines, etc. Quelque difficulté que nous éprouvions à traduire par des paroles ces sensations diverses, nous allons cependant, à cause de l'importance du sujet, essayer d'en donner une idée.

1° Quand un os est fracturé, le déplacement des fragments produit un frottement âpre, rugueux et subit. Ce frottement peut offrir plusieurs saccades; mais, entre chacune d'elles, la main ne perçoit pas de crépitation : cela est dû à ce que les surfaces fracturées, au lieu de glisser l'une sur l'autre sans interruption pendant la durée du déplacement, s'arrêtent un instant par les obstables que s'opposent leurs saillies réciproques, pour s'abandonner de nouveau brusquement. Lorsque la fracture est avec écrasement, ce n'est plus la même sensation qui est produite; mais il semble, en pressant le membre, que l'on remue des noix dans un sac.

2° La crépitation, due à l'usure des surfaces articulaires avec destruction des cartilages, est rugueuse, mais prolongée. En imprimant des mouvements à l'articulation, pendant qu'une main est appliquée à sa surface extérieure, on reconnaît que des surfaces dures et rugueuses frottent sans interruption les unes sur les autres.

3° La crépitation, due à l'emphysème, est de toutes la plus facile à produire et à reconnaître; un froissement sec, analogue à celui qu'on développerait en chiffonnant du parchemin, en écrasant une multitude de petites bulles pleines d'air et formées par des parois sèches et friables, est la sensation que produit l'application des doigts sur une partie emphysémateuse. En éparpillant dans une plus grande surface et à l'aide de pressions douces, larges et uniformes, l'air infiltré dans le tissu cellulaire, on perçoit dans une étendue plus considérable le phénomène de la crépitation, et ce caractère est propre à l'emphysème.

4° Les kystes synoviaux qui renferment des corps cartilaginiformes offrent, dit Dupuytren, à la main qui les presse, un bruissement, une sorte de frottement particulier, assez analogue à celui que produiraient des grains de riz à demi-cuits qu'on ferait passer alternativement d'une poche dans la poche opposée; ou bien encore au *bruit* d'une chaîne à petits anneaux, enveloppée dans une bourse de peau, dont on presserait les chaînons l'un contre l'autre, à travers les parois de la bourse. (*Clin. ch.* 3, p. 36.)

5° Les bosses sanguines ne donnent pas toujours lieu à la crépitation. Nous l'avons constatée dans plusieurs circonstances, et nous avons remarqué que, dans ces cas, la sensation était très-prononcée à la base de la tumeur, là où l'on cesse d'apercevoir une fluctuation évidente; nous pensons qu'elle est due à l'écrasement des parties fibrineuses du sang, qui se sont coagulées et déposées à la base de la bosse sanguine. Il semble en effet que l'on écrase des grumeaux de caséum. Il n'y a pas long-temps que nous avons été à même de constater et de faire constater aux élèves qui suivent notre clinique à la Pitié la différence de crépitation qui existe entre une fracture et une bosse sanguine, sur un homme qui avait eu le péroné droit fracturé à son tiers supérieur, et chez lequel la cause vulnérante (la chute d'une pièce de bois de charpente) avait produit au même endroit une bosse sanguine assez volumineuse.

J'ai appris que des observations semblables ont été faites par M. le professeur Velpeau, qu'il a noté cette crépitation et lui a assigné la même valeur diagnostique; je suis heureux de m'être rencontré avec lui dans cette circonstance.

6° La crépitation qui résulte de l'inflammation des gaînes tendineuses, affection fréquente à la partie inférieure externe de l'avant-bras, a été observée dans bien d'autres parties du corps, ainsi que l'a démontré M. le professeur Velpeau dans ses leçons de clinique; cette crépitation a été comparée avec raison à celle qu'on obtient en froissant de l'amidon entre les doigts. Elle a du reste beaucoup d'analogie avec celle qu'on observe autour d'une articulation affectée d'une luxation récente et non réduite.

7° Quand un os plat soulevé par une production morbide est très-aminci, comme cela s'observe dans les cas de tumeur fongueuse de la dure-mère, d'hydropisie du sinus maxillaire, de corps fibreux développés dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur, d'hydatides enfermées dans les sinus frontaux, la pression exercée sur la tumeur fait naître une sensation particulière, comparable à celle qui résulterait du froissement d'une feuille

de parchemin bien sec, et qui est due à la souplesse de la lamelle osseuse qui recouvre encore la tumeur.

8° Dans les divers cas que nous venons de passer en revue, la crépitation est le symptôme d'une lésion organique. Mais, nous avons eu occasion de voir à la Salpétrière, dans le service de M. le professeur Cruveilhier, une femme qui, après avoir tenu la science en échec, a succombé a une maladie que l'autopsie seule a fait reconnaître. L'accumulation de plus de 600 noyaux de cerises dans l'intestin avait donné lieu à une tumeur qui offrait une sensation de crépitation des plus évidentes, et que je rapporterai à celle de l'emphysème, à tel point que toutes les personnes qui l'examinèrent pendant sa vie commirent la même erreur. C'est donc une sensation de crépitation de plus à ajouter à celles dont nous avons déjà parlé.

Il suffit pour percevoir la crépitation, dans le plus grand nombre des cas, d'appliquer la main à la surface des parties : quelquefois il est indispensable de leur imprimer des mouvements. Cette sensation ayant une importance extrême pour le diagnostic des fractures, il nous paraît utile de faire quelques remarques sur ce point de pratique. Lorsque le membre est peu volumineux, on doit tenir solidement sa partie supérieure avec une main, tandis qu'avec l'autre on remue doucement la partie inférieure. Si le volume du membre est trop considérable, on fait tenir par un aide la partie supérieure, tandis qu'on imprime soi-même quelques mouvements à l'extrémité opposée. Ces mouvements se font, tantôt selon la direction, tantôt selon la circonférence du membre. Quand la section du membre est composée de deux os et qu'un seul est fracturé, les recherches qui font naître la crépitation deviennent plus difficiles : il faut renverser le pied ou la main sur le côté opposé à l'os fracturé, afin de faire cesser la pression que les bouts des fragments exercent l'un sur l'autre. Ce mouvement suffit souvent pour produire la crépitation, parce que le fragment inférieur est éloigné de l'axe du membre; si la crépitation n'est pas perçue, on doit alors imprimer à l'os lui-même, saisi au dessus et au-dessous du lieu où l'on soupçonne la fracture, des mouvements en sens opposés et qui tendent à porter alternativement un des fragments en avant et l'autre en arrière.

Nous devons faire remarquer que la sensation de la crépitation peut être perçue, sans que la main soit appliquée sur le lieu même de la fracture : l'ébranlement qui résulte de la collision des fragments se transmet à l'extrémité de l'os, et par l'intermédiaire des articulations à des parties beaucoup plus éloignées.

Il est des fractures où la crépitation ne doit pas être recherchée avec trop de persévérance; telle est celle du col du fémur. Car, en imprimant au membre des mouvements trop considérables, on s'expose à rompre les parties fibreuses qui unissent encore les deux fragments, et à produire un raccourcissement considérable du membre que prévenaient l'intégrité de ces prolongements fibreux, et les inégalités par lesquelles les surfaces fracturées se correspondaient. Il serait également imprudent de faire des tentatives trop multipliées pour reconnaître la crépitation, quand la fracture est compliquée de plaie, de gonflement inflammatoire considérable, d'épanchement de sang, etc.

Mobilité. Les mouvements que le sens du toucher découvre dans une partie fournissent souvent des données très-précises au diagnostic. Relativement aux os et aux articulations, la mobilité entre comme élément principal dans le jugement que nous portons des fractures, des luxations, de l'ankylose, etc. Elle apprend quand une tumeur est ou non adhérente aux parties voisines, si elle est accolée aux os ou si elle fait corps avec eux. Par elle, nous connaissons les hernies, leur degré de réductibilité, la mobilité des corps étrangers renfermés au sein des organes.

Si, dans quelques cas, la mobilité est facile à constater, il en est d'autres où ce symptôme ne peut être perçu que par une main exercée.

Pour s'assurer de la mobilité d'une tumeur, le chirurgien la saisit autant que possible à sa base, fixe solidement sur elle les parties qui la séparent de sa main, et la pousse en divers sens. D'autres fois, il s'efforce de la soulever en passant ses doigts au-dessous d'elle. S'il suppose qu'elle est adhérente aux muscles voisins, il engage le malade à exécuter certains mouvements qui nécessiteront la contraction de ses muscles; pendant cette manœuvre, il examinera si la tumeur a subi quelque changement de position. C'est une exploration de ce genre qui lui fait reconnaître si une tumeur placée au devant du cou, a contracté des adhérences avec le larynx ou la trachée artère.

Nous ne croyons pas devoir rappeler ici les pratiques à l'aide desquelles on constate la mobilité d'une tumeur herniaire.

Le glissement de la peau à la surface des tumeurs donne lieu souvent à une sensation trompeuse de mobilité. D'autres fois, la tumeur unie à des organes excessivement mobiles se déplace avec eux, ce qui conduit à penser qu'elle est exempte d'adhérences. Le chapitre des erreurs renfermera l'exemple de semblables méprises.

Lorsque le chirurgien soupçonne une fracture, et que, pour donner plus de précision à son diagnostic, il cherche à reconnaître la mobilité, il doit observer les règles que nous avons tracées en parlant des moyens d'obtenir la crépitation. Si ces moyens d'exploration sont sans résultat, il pourra,

après avoir saisi l'os, au-dessus et au dessous du point où il suppose la fracture, le courber alternativement en deux sens différents. Cette épreuve suffira le plus souvent pour faire reconnaître la mobilité; cependant, il faut l'avouer, certaines circonstances peuvent jeter du doute sur cette partie du diagnostic : par exemple, les fragments offrent peu de volume, et ne peuvent être saisis qu'imparfaitement; les mouvements qu'ils exécutent ont peu d'étendue, soit à cause de la brièveté du bras de levier, soit à cause des liens qui fixent un des fragments aux os voisins; enfin, le glissement de la peau à la surface des saillies osseuses donne souvent lieu à une sensation trompeuse de mobilité; nous en citerons plus loin des exemples. C'est là ce qui rend parfois très-difficile le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné et de la malléole interne, celles de la clavicule situées entre l'apophyse coracoïde et l'acromion, etc.; mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de constater la mobilité d'une fracture arrivée à l'époque de la consolidation, que le chirurgien rencontre des difficultés; en effet, les manœuvres d'exploration faites sans ménagement à cette époque pourraient avoir de graves inconvénients. Nous avons indiqué précédemment un signe qui pourra servir à lever les doutes dans cette circonstance.

Les fractures siégeant dans le voisinage des articulations, et plus encore le décollement de quelques épiphyses, présentent une mobilité que l'on peut très-aisément confondre avec le mouvement articulaire. Il y a deux méprises possibles; ou l'on croira à une mobilité qui n'existe pas, ou l'on ne reconnaîtra pas celle qui existe. On peut dire d'une manière générale que, pour éviter cette double cause d'erreur, il suffit d'imprimer aux fragments des mouvements en sens inverse de ceux qui sont propres à l'articulation. Une fracture est-elle située dans le voisinage d'une articulation ginglymoïdale, imprimez des mouvements latéraux, et vous serez sûr qu'ils ne se passent pas dans l'articulation.

D'autres fois enfin nous recherchons si certains mouvements normaux sont conservés, afin de nous assurer que les os sont intacts. Si l'on suppose une fracture du corps du radius, on recherchera si la tête de cet os tourne sur son axe pendant les mouvements de pronation et de supination communiqués par le chirurgien; la rotation ne pouvant avoir lieu à moins d'engrènement des fragments, quand la continuité de l'os est interrompue. La même exploration sert à constater les fractures du fémur et du col de l'humérus.

Le même principe est applicable, lorsque l'on veut reconnaître si une tumeur dure est libre ou adhérente à un os : une exostose est implantée sur le corps du radius; vous imprimez à la tumeur des mouvements latéraux, tandis que d'une main vous fixez l'extrémité supérieure de l'os, le mouvement communiqué au corps du radius sera à peu près imperceptible; car celui-ci se trouve presque au centre du cercle décrit par la tumeur, dont la portion sous-cutanée formant le point le plus excentrique décrira un arc de cercle fort étendu, et fera croire à une mobilité qui n'existe pas; il suffira, pour éviter l'erreur, de porter alternativement la tumeur en haut et en bas, après avoir solidement fixé le coude du malade. Nous avons choisi le radius dans l'exemple précédent, parce que c'est l'os le plus propre à faire comprendre le mécanisme d'exploration tel que nous l'avons indiqué. Cependant, nous devons dire que c'est principalement pour le diagnostic des tumeurs siégeant sur le fémur que l'erreur est à craindre, l'os étant plus volumineux, moins facile à saisir, entouré de parties molles plus épaisses, plus mobiles à la surface de l'os.

D'autres fois le chirurgien se propose de reconnaître si une articulation, par suite de la destruction ou du relâchement des liens qui unissaient les os, n'a pas acquis des mouvements anormaux. La mobilité latérale dans une tumeur blanche du genou, du coude, annonce un grand désordre dans ces articulations et doit être prise en considération lorsqu'on examine la convenance de l'amputation. Il est bon de constater, dans d'autres cas, si une articulation a perdu et jusqu'à quel point elle a perdu ses mouvements normaux. Ici se rencontre encore une cause d'erreur analogue à celle que nous avons signalée plus haut. Rappelons-nous que souvent un mouvement qui paraît simple, résulte de l'addition de plusieurs mouvements partiels; le mouvement par lequel nous portons le coude en arrière ou en avant, pouvant se passer également dans l'articulation de l'humérus avec l'omoplate, de l'omoplate avec la clavicule et même de la clavicule avec le sternum, on voit de suite que ces diverses articulations peuvent se suppléer et jeter du doute sur le diagnostic; ici, comme dans le cas précédent, il faut rechercher si, indépendamment du mouvement qui est commun à ces articulations, elles n'ont pas un mouvement propre qui, étant conservé ou perdu, pourra éclairer sur l'état de l'articulation que l'on explore.

Lorsqu'une portion de tissu osseux est frappée de mortification, il est souvent utile de reconnaître, avant d'entreprendre aucune opération, si la portion nécrosée est mobile, ou si elle est solidement fixée dans le point qu'elle occupe. Si le séquestre est superficiel, le chirurgien peut souvent l'apercevoir, et dès-lors il constate aisément le mouvement qu'il lui imprime, soit avec le doigt, soit avec un instrument dont il se sert comme d'un levier; mais, le plus souvent, le fragment nécrosé, profondément caché dans l'épaisseur d'un membre, quelquefois même enfermé dans une en-

veloppe osseuse de nouvelle formation, est presque inaccessible aux moyens d'investigation. Le chirurgien doit alors sonder les trajets fistuleux, reconnaître le séquestre, et chercher à lui imprimer quelque ébranlement par des mouvements bien dirigés, en ayant soin de ne pas s'en laisser imposer par la flexibilité du stylet ou le glissement à la surface de l'os. L'étude de la mobilité nous sert encore à déterminer s'il existe plusieurs séquestres dans le même foyer, ou si les portions d'os que l'on rencontre en sondant plusieurs fistules appartiennent toutes au même séquestre.

Dimensions. — La dimension comprend l'augmentation, la diminution de volume, les changements de longueur, d'épaisseur des parties malades. Ces changements ont une valeur symptomatologique que nous avons fait connaître ailleurs. Nous nous contenterons, dans ce paragraphe, d'indiquer les moyens de les évaluer avec précision. L'ensemble de ces moyens constitue la mensuration. Cette opération nous fait connaître les changements survenus dans les dimensions des parties malades; elle forme souvent le complément du diagnostic, et, dans quelques cas, elle en est une des sources les plus précises. La mensuration nous montre la différence de longueur des membres atteints de fracture, de luxation; elle ne doit pas être négligée dans les cas de maladie de la hanche. Faite à plusieurs jours de distance, elle apprend au chirurgien les progrès du mal ou de la guérison; c'est par elle que l'on est instruit du siége, du degré de rétrécissement de certains conduits, etc. Nous croyons donc utile de poser les règles de la mensuration, d'en indiquer les moyens dans les principales maladies qui la réclament.

Il faut avoir soin, lorsque l'on veut mesurer deux parties symétriques du corps, de les mettre, autant que possible, dans la même position. En effet, si, comme M. Malgaigne l'a fait remarquer, l'on compare la longueur des deux bras, dont l'un sera pendant sur le côté du tronc et l'autre porté dans l'abduction, on trouvera la distance qui sépare l'acromion de la tubérosité externe de l'humérus d'autant plus courte, sur le bras écarté du tronc, que son abduction sera plus considérable.

Les points qui servent de limites doivent être invariables : telles sont les saillies osseuses sous-cutanées. Dans les points où elles manquent, on est quelquefois obligé de faire à la peau des marques permanentes avec le nitrate d'argent.

Différents instruments ont été imaginés pour apprécier la longueur, la largeur, le volume des parties. Pour la longueur, les lacs de fil sont certainement ce qu'il y a de plus commode, parce qu'on les trouve partout sous la main; mais ils le cèdent cependant de beaucoup en exactitude à quelques instruments : tel est le compas de longueur de M. le docteur Martin, le cruro-pelvimètre de M. Humbert, de Morlaix.

Pour mesurer la circonférence, on doit employer une bande souple, inextensible et graduée, analogue à celle dont se servent les tailleurs. Si on se sert de tissus extensibles, il faudra éviter d'exercer des tractions plus considérables dans un moment que dans un autre.

Pour mesurer l'épaisseur, il n'est rien de mieux que l'instrument imité du pelvimètre de Baudelocque, et très-ingénieusement modifié par M. Matthias Mayor.

Je croirais sortir tout-à-fait des généralités de mon sujet, si j'entrais dans la description des instruments inventés pour mesurer la profondeur des rétrécissements de l'urètre, leur diamètre, leur longueur, etc.

Je ne pense pas non plus devoir m'arrêter à exposer les règles d'application de ces divers instruments; mais je crois devoir appeler l'attention des chirurgiens sur la mensuration des membres inférieurs. L'on a si souvent, dans la pratique, occasion d'établir ces mesures, et les notions qui en résultent sont si précieuses pour le diagnostic, que l'on ne saurait trop insister sur ce point. Il y a longtemps que nous en avions senti l'importance, et que, dans nos cours de clinique, nous insistions sur la nécessité de tenir compte, dans la mensuration des membres inférieurs, de l'inclinaison du bassin. Pour éviter cette cause d'erreur, il faut supposer deux lignes dont l'une passe par les deux épines antérieures et supérieures de l'os des îles, tandis que l'autre, suivant l'intervalle des deux membres inférieurs, tombe perpendiculairement sur la première. Des lacs peuvent être placés dans la direction de ces deux lignes fictives : il est facile de mesurer la longueur proportionnelle des deux membres, lorsque l'on a appliqué les lacs comme nous venons de le dire. Il faut avoir soin de tenir le pied perpendiculaire pendant cette exploration; la moindre inclinaison de la pointe du pied pourrait faire remonter le talon. Nous avons vu avec plaisir ces moyens de diagnostic récemment exposés, dans un article de journal, par un de nos compétiteurs.

Les détails presque minutieux dans lesquels nous venons d'entrer, en exposant les phénomènes de la crépitation, de la mobilité, de la fluctuation, etc., montrent quelle importance nous attachons à l'application méthodique du sens du toucher comme moyen de diagnostic. Les préceptes que nous avons tracés suffiront, sans doute, pour bien diriger les recherches du chirurgien; ils lui apprendront la manière de surveiller les sensations fournies par le sens du toucher, et celle de les faire naître. Mais il faut que la pratique leur donne le dernier degré de perfection; l'on peut apprécier l'influence de l'éducation sur ce sens, en comparant les impressions perçues

par la main d'une personne inexpérimentée et par celle d'un praticien exercé.

Dans les paragraphes qui précèdent nous avons montré isolément chacun de nos sens en action pour apprécier les changements physiques survenus dans nos organes, afin d'en tirer les signes diagnostiques des maladies; nous devons dire maintenant que presque toujours ils se prêtent un mutuel appui ; qu'ils sont appliqués simultanément ou successivement à l'exploration d'une même lésion, et que c'est de la réunion des impressions qu'ils ont transmises, que résulte le jugement que nous portons sur la maladie.

SECTION QUATRIÈME.

Du raisonnement, dans le diagnostic des maladies chirurgicales.

S'il suffisait de constater avec précision les phénomènes objectifs des maladies pour arriver à découvrir la nature et le siége de ces dernières, on pourrait dire que la finesse des organes des sens donne, pour chaque individu, la mesure de son tact chirurgical. Ce serait avancer un paradoxe, soutenable peut-être dans l'esprit de l'école sensualiste du XVIIIe siècle, mais qui choquerait aujourd'hui quiconque a goûté la critique pleine à la fois de raison et de finesse que Gall a faite de cette doctrine.

Sans doute, les notions que nous transmettent les organes des sens constituent les matériaux indispensables de notre jugement ; mais, l'instrument qui met à l'œuvre ces matériaux et les coordonne, n'offre pas chez tous les individus le même degré de puissance ou de justesse. Les manœuvres exploratrices auxquelles le chirurgien s'est livré, ne sont que les préliminaires de l'établissement du diagnostic ; les faits qu'il a constatés, une personne étrangère à l'art de guérir eût pu, jusqu'à un certain point, les apprécier aussi ; ils n'acquièrent une valeur diagnostique réelle que par une série d'opérations intellectuelles, qui font juger des rapports de ressemblance ou de dissemblance de ces faits avec ceux dont la pratique ou l'étude des bons auteurs ont donné la connaissance antérieure.

Arrêtons-nous un instant sur les objets de comparaison que la mémoire doit fournir au chirurgien, occupé de la recherche de la nature ou du siége d'une maladie. L'expérience personnelle d'une part, et de l'autre les faits consignés dans les archives de la science, voilà les deux sources où le chirurgien va puiser ses points de comparaison. Vanter ici les avantages d'une longue pratique, dire qu'il est d'autant plus facile de reconnaître une maladie qu'on l'a déjà observée plus souvent, ce serait, je pense, développer un lieu commun. Mais, ces habitudes cliniques ne peuvent conduire à la solution de tous les problèmes que la pratique fait rencontrer, si elles ne sont journellement aidées par les connaissances puisées dans la lecture et la méditation des bons traités de chirurgie et des publications périodiques. Quelque variée qu'elle ait été, l'expérience d'un seul homme ne peut être comparée à l'expérience de tout le monde, et le véritable moyen de mettre cette dernière à profit, de se l'assimiler, c'est l'étude. Hors de là, pas de condition de progrès ; car, chacun recommençant en quelque sorte à construire l'édifice de la science, le réduit aux dimensions de son propre génie. Je m'attends bien à voir ici dénaturer ma pensée ; je ne doute point que quelqu'un ne vienne insinuer que je déprécie la pratique, parce que je recommande l'étude ; mais, c'est au lit des malades et dans les salles d'opération que, depuis plusieurs années, je réponds publiquement à de semblables calomnies. Je suis presque honteux de m'être laissé aller à cette réflexion toute personnelle, et qui ne me fût point échappée, si d'indignes attaques ne m'eussent placé dans la nécessité de répondre à d'autres qu'à ceux qui m'argumentent aujourd'hui.

Mais je reviens à l'emploi du raisonnement pour la détermination du diagnostic. Il n'entre pas dans le plan de cette thèse d'analyser la marche de l'esprit humain dans le cas qui nous occupe. Les facultés qu'il emploie ici, il les met en jeu dans presque toutes ses opérations ; mais ses méthodes logiques ne sont pas exactement les mêmes pour toutes les circonstances.

Quelquefois l'apparence extérieure ayant, dès le premier abord, fait naître l'idée d'une maladie déterminée, le chirurgien complète, par son investigation ultérieure, ce diagnostic porté d'emblée. Dans cette sorte de jugement *à priori*, la connaissance du mal conduit le chirurgien à la recherche des signes qui doivent achever sa conviction. Une tumeur dans l'aîne fait naître l'idée d'un bubon ; l'examen des parties génitales externes y fait découvrir des ulcérations syphilitiques récentes, et déjà ce qui n'était que présomption, va prendre un caractère approchant de l'évidence. Le siége particulier de cette tuméfaction a-t-il fait penser que l'affection inflammatoire du ganglion lymphatique n'est pas liée à un état pathologique des organes génitaux ou à l'absorption d'un liquide contagieux; cette conjecture se trouvera appuyée, si l'exploration des membres inférieurs, des fesses, ou de la partie latérale inférieure du tronc, montre un point d'irritation, une légère solution de continuité qui a pu être le point de départ du mal développé dans l'aîne.

Une autre méthode, fréquemment applicable dans les cas difficiles, consiste à éliminer par voie d'*exclusion* toutes les maladies qui ont quelque rapport de nature ou de siége avec celle dont on cher-

che à établir le diagnostic, de manière à arriver à celle-ci. Ce procédé, qui a quelque chose de brillant et qui paraît rigoureux au premier abord, a cependant, plus que tout autre peut-être, ses difficultés et ses dangers. Il suppose, chez celui qui le met en pratique, la connaissance exacte et la mémoire actuelle de toutes les affections qui peuvent se présenter dans le lieu où siége le mal. Cette condition est déjà difficile à remplir; mais à supposer que le chirurgien ait ce degré d'instruction et cette fidélité de mémoire qui lui permettent d'entreprendre le travail d'élimination dont il est question ici, qui peut répondre qu'il n'aura pas affaire à quelqu'une de ces maladies anormales qui, pour la première fois peut-être, se seront montrées dans la partie soumise à l'examen? Ajoutez à cela que les affections pathologiques n'offrent point ces caractères constants qui permettraient de leur appliquer la méthode dichotomique, si avantageuse en histoire naturelle, lorsqu'il est question de parvenir par voie d'exclusion à la détermination d'un animal ou d'une plante. En considérant, cependant, qu'il y a quelques chances d'arriver juste, si l'on part de la supposition qu'on a devant les yeux quelques-uns de ces cas que la pratique journalière fait rencontrer dans la partie affectée, je suis loin de rejeter le procédé logique de l'exclusion pour la solution des problêmes de diagnostic en chirurgie.

Pour retirer de cette manière de procéder tous les avantages qu'elle renferme, il faut, on le pense bien, que la comparaison porte sur le plus grand nombre de cas pathologiques possible; et, tout en fixant spécialement son attention sur ceux de ces cas pathologiques qui sont propres à la région affectée, le chirurgien doit admettre la possibilité d'y rencontrer une de ces dégénérescences, un de ces produits anormaux qui se développent dans toutes ou presque toutes les parties du corps: squirrhe, encéphaloïde, mélanose, kyste, lipôme, tubercule, abcès froids, etc.

C'est particulièrement à cette classe presque toute chirurgicale de maladies que l'on nomme *tumeurs*, classe dont les ordres, les genres et les espèces variées à l'infini, offrent si souvent les écueils contre lesquels vient échouer la sagacité du praticien; c'est, dis-je, à cette classe de maladies qu'il convient d'appliquer la méthode dont nous nous occupons. Il ne serait pas impossible, peut-être, de rédiger une sorte de manuel pratique pour l'emploi de la méthode d'exclusion à la détermination d'une tumeur; mais ce travail serait déplacé dans une dissertation générale.

De quelque manière qu'il soit arrivé à soupçonner la nature et le siége des cas pathologiques, objet de ses recherches, le chirurgien, ainsi que je l'ai dit plus haut, ne peut asseoir définitivement son diagnostic que sur la comparaison de ce fait avec celui auquel on l'assimile. On peut rencontrer ici deux routes presque également dangereuses, et l'on court le risque de se fourvoyer dans l'une ou dans l'autre, si, dans cette opération de l'intelligence, on s'attache trop exclusivement aux *ressemblances* ou aux *différences* des objets. La première manière de procéder peut conduire à l'erreur, en faisant regarder comme semblables ou identiques deux affections qui n'ont cependant que quelques points de ressemblance; la deuxième conduit à l'incertitude, en faisant méconnaître des analogies assez évidentes pour légitimer l'établissement du diagnostic. Pour peu qu'on y réfléchisse, on verra que ces deux tendances de l'esprit humain, tendances opposées l'une à l'autre, et dont Bâcon a si bien signalé l'influence sur les sciences et la philosophie, sont pour quelque chose dans la conduite presque irréfléchie de quelques chirurgiens et dans l'excessive timidité de quelques autres. Je ne puis résister au désir de citer ici le passage auquel je viens de faire allusion; voici les paroles de l'illustre chancelier: « Maximum et velut » radicale discrimen ingeniorum, quoad philoso- » phiam et scientias, illud est: quod alia ingenia » sint fortiora et aptiora ad notandas rerum diffe- » rentias; alia ad notandas rerum similitudines. » Ingenia etiam constantia et acuta, figere contem- » plationes et morari et hærere in omni subtilitate » differentiarum possunt; ingenia autem sublimia et » discursiva, etiam tenuissimas et catholicas rerum » similitudines et agnoscunt et componunt. Utrum- » que autem ingenium facilè labitur in excessum, » prensando aut gradus rerum aut umbras ». (*Novum organum, etc.*, lib. I, aph. 55.)

CHAPITRE III.

DES INCERTITUDES DU DIAGNOSTIC DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

Dans le chapitre précédent, nous avons essayé de démontrer que les sources du diagnostic dans les maladies chirurgicales sont nombreuses et que le chirurgien, tirant le plus souvent de l'inspection directe du mal les éléments de sa conviction, a moins de chances que le médecin de rester dans l'incertitude et le doute. Nous devons avouer maintenant que, dans un bon nombre de circonstances, il éprouve un véritable embarras à assigner le caractère et la nature d'une affection chirurgicale. Quelquefois même les maladies se présentent avec des symptômes tellement obscurs qu'il est complètement impossible de se prononcer sur leur nature. Ces cas devront certainement être très-rares pour un chirurgien instruit et expérimenté, qui puisera dans le souvenir de sa pratique, ou dans les annales de la science, des faits propres à le mettre sur la voie du diagnostic. Il ne faut pas, dans les cir-

constances difficiles, se croire obligé à porter incontinent un diagnostic ; il faut alors savoir rester dans le doute.

En généralisant autant que possible ce que ces cas ont de commun, on voit que le chirurgien peut rester incertain dans l'une des circonstances suivantes :

1° Lorsque les renseignements importants ne peuvent être fournis par le malade, soit à cause de son âge, soit à cause de l'état de ses facultés intellectuelles, soit par suite de sa mauvaise volonté. Nous avons eu l'occasion d'éprouver cette incertitude à propos d'une jeune fille aliénée, rencontrée sur la voie publique et placée dans notre service à la Salpétrière, sans qu'aucun renseignement pût nous être fourni, soit par la malade, soit par d'autres. Elle avait un raccourcissement du membre avec rotation de la pointe du pied en dedans, douleur à la hanche, etc. Nous sommes restés dans le doute, ne sachant si la lésion consistait en une luxation récente de la hanche ou en une coxarthrocace.

2° Lorsqu'une affection à marche chronique est à son début et que les symptômes qu'elle présente alors peuvent tenir à d'autres altérations. Telle est la carie de la colonne vertébrale, avant l'apparition de la gibbosité ou des abcès par congestion ; les douleurs sourdes dont le malade se plaint pouvant tenir à un rhumatisme chronique, etc.....

3° Lorsque deux lésions différentes peuvent exister dans une même région et que le gonflement inflammatoire, la douleur, etc., s'opposent à un examen très-minutieux de la partie : ainsi, quand il y a une déformation du coude, dans les circonstances que nous supposons, le chirurgien peut rester dans le doute sur l'existence d'une fracture ou d'une luxation.

4° Quand une maladie manque de ses principaux symptômes : après une chute sur le côté, il y a une douleur vive dans la région de la hanche, impossibilité de marcher, de soulever le membre de dessus le plan du lit, le membre n'est pas raccourci ; suspendez votre jugement, car le malade peut avoir une contusion de la hanche ou une fracture du col du fémur, et dans ce cas, l'affection manque d'un de ses principaux symptômes, le raccourcissement.

5° Quand une lésion est profondément située, et qu'on ne peut l'atteindre directement avec le doigt ou à l'aide d'instruments explorateurs : une femme a des tiraillements dans les lombes, des pesanteurs au périnée, des fleurs blanches abondantes alternant avec des pertes ; le doigt porté soit dans le vagin soit dans le rectum, fait reconnaître une augmentation de volume de l'utérus ; il est probable qu'il existe un corps fibreux, mais il n'est point encore possible de dire s'il est dans l'épaisseur des parois de l'utérus, ou s'il s'approche de sa surface externe, ou s'il fait déjà saillie dans la cavité utérine pour y constituer un polype. L'incertitude sur l'existence d'un abcès profond reconnaît la même cause.

6° Quand une maladie en masque complètement une autre : soit une personne affectée de cataracte, avec épanchement de lymphe au-devant de la capsule du cristallin, adhérence à la paroi postérieure de l'iris, et par suite immobilité de cette membrane ; avant d'opérer, il serait important de savoir s'il n'existe pas une amaurose, et pourtant les symptômes de cette dernière maladie sont entièrement masqués, et par les adhérences de l'iris qui préviennent ses mouvements, et par l'épaisseur des objets qui, en interceptant les rayons lumineux, amènent l'abolition à peu près complète du sens de la vue.

7° Quand une maladie vient se joindre à une autre qui existait déjà : une hernie est irréductible depuis long-temps ; l'individu est pris tout-à-coup de douleurs abdominales, de vomissements, etc. ; y a-t-il péritonite ? y a-t-il hernie étranglée ? En présence d'un pareil accident, quel praticien n'éprouverait de l'incertitude ?

8° Quand deux maladies ont des symptômes communs : tel est le sarcocèle encéphaloïde et l'hydrocèle avec opacité des enveloppes ou du liquide.

9° Quand une maladie dont les symptômes sont ordinairement évidents se présente avec des symptômes obscurs ou irréguliers : telle est, dans quelques cas, la marche de l'étranglement herniaire.

10° Quand les symptômes ont disparu : tel est le cas d'un corps étranger dans les voies aériennes qui, après avoir produit les phénomènes de la suffocation, peut séjourner dans la trachée artère, sans donner lieu à aucun symptôme. Pendant ce temps, on reste incertain de savoir si le corps étranger est encore dans les voies aériennes ou s'il en a été expulsé sans que l'enfant s'en soit aperçu.

Lorsque après un examen très-attentif des symptômes de la maladie, on reste dans l'incertitude sur sa véritable nature, certaines manœuvres exploratrices, ou l'appréciation de quelques circonstances de la maladie, pourront peut-être diminuer cette incertitude.

1° Nous ne ferons que rappeler ici ce que nous avons dit de la ponction explorative, du cathétérisme, de l'emploi du spéculum, des bougies à empreinte, des stylets, etc., ces opérations faisant partie des sources du diagnostic fournies par l'application des sens. Les seules remarques qui se rattachent ici aux incertitudes du diagnostic, c'est que tantôt il n'est pas possible, tantôt il n'est pas prudent de recourir à ces explorations, tantôt enfin elles peuvent induire en erreur : soient les symptômes rationnels d'un calcul vésical ; le malade a un rétrécissement considérable de l'urètre et le diagnostic reste incertain, parce que le cathétérisme

est impossible. Soit une plaie des parois de l'abdomen, on ignore si elle est pénétrante ; le passage d'une sonde pourrait peut-être l'apprendre, mais cette exploration serait imprudente, car elle pourrait déplacer un caillot de sang qui bouche un vaisseau et ramener une hémorrhagie ; elle pourrait encore déchirer des adhérences qui fermaient une plaie de l'intestin et entraîner un épanchement de matières intestinales promptement mortel.

L'on a vu une ponction exploratrice, faite dans le but de s'assurer de la vascularité d'une tumeur, être suivie d'une hémorrhagie produite par la blessure d'une artère voisine. Cet accident fit supposer à tort que la tumeur était très-vasculaire : dans d'autres cas la ponction, faite avec une aiguille très-fine, exécutée pour juger si une tumeur est solide ou pleine de liquides conduira à penser que l'on a affaire à une collection de liquides, si la tumeur renferme une matière très-friable, qui se laisse aisément diviser par l'aiguille dans tous les sens; car alors les mouvements de l'aiguille sont à peu près aussi libres que si l'instrument était plongé dans une poche pleine de liquides.

2° La marche de la maladie et son observation journalière font souvent cesser les incertitudes du diagnostic; ce qui tient à ce que deux maladies peuvent bien offrir des symptômes analogues à une certaine époque de leur durée, tandis qu'il est excessivement rare que ces symptômes soient les mêmes jusqu'à la fin.

3° Les résultats d'un traitement spécifique employé contre une maladie dont la nature est douteuse font, dans certains cas, cesser toute incertitude de diagnostic. Citerai-je l'exemple banal d'engorgements du testicule que nous voyons fondre et disparaître sous l'influence d'un traitement antisiphilitique?

4° Les obstacles qui s'opposaient à l'examen n'existant plus, celui-ci peut alors se procurer les notions qui manquaient à l'établissement du diagnostic : c'est ce que l'on observe quand, après quelques jours de repos, le gonflement inflammatoire ayant beaucoup diminué, on peut explorer plus exactement la région blessée.

5° L'incertitude du diagnostic disparaît encore pendant ou après une opération, et c'est l'opération qui la fait cesser. C'est ce que l'on peut observer, quand on opère une hernie inguinale, et qu'en commençant l'opération on ignore si elle est interne ou externe. Le nombre et la disposition des enveloppes du sac herniaire font cesser l'incertitude; c'est encore ce qui a lieu, quand on opère pour une maladie qui offre les symptômes communs à la hernie inguinale étranglée, et à l'étranglement du cordon testiculaire.

Après l'extirpation d'une tumeur du sein dont la nature était douteuse, l'inspection des parties enlevées fait cesser l'incertitude, en montrant que l'on a enlevé une masse squirrheuse ou encéphaloïde, ou un engorgement lymphatique, un kyste : notions importantes, puisque les craintes de la récidive en dépendent.

Pour quiconque a des connaissances précises en anatomie pathologique, il est évident que les altérations de tissu, la dégénérescence de nos organes sont si variées, qu'il y aura toujours des causes d'incertitude lorsqu'une tumeur développée dans une partie quelconque du corps n'offrira aucun de ces caractères qui appartiennent à des maladies bien connues, comme l'anévrisme, la hernie, le lipôme, l'abcès. Si, après l'extirpation des tumeurs anormales, on est encore dans l'incertitude touchant leur nature ; si on ne sait à quel tissu morbide on doit les rapporter, comment pourrait-on justifier la prétention d'en préciser le diagnostic?

La cause d'incertitude dont je viens de parler peut se présenter à l'occasion des maladies chirurgicales, siégeant indifféremment dans presque toutes les parties du corps ; mais il est des régions où l'arrangement, la variété des tissus organiques, les rapports avec les organes environnants rendent les affections chirurgicales si nombreuses et si fréquentes, qu'il est souvent difficile de reconnaître quelle est celle de ces affections à laquelle on a affaire. Telle est, entre autres, la région de l'aîne. Admettez en effet que la tumeur soit le symptôme commun à presque toutes les affections de cette région, et qu'il y ait absence de ces caractères distinctifs qui, comme la réductibilité, la transparence, etc., appartiennent plus spécialement aux unes qu'aux autres, et vous serez forcé d'admettre qu'il pourra se présenter tel cas où le chirurgien n'aura aucun motif légitime de se prononcer plutôt pour une maladie que pour une autre. Supposez maintenant le cas où, dans cette région circonscrite, il y a non plus une seule maladie, mais deux, mais trois, donnant naissance à une tumeur composée, cachée sous les téguments communs, et vous verrez se multiplier les causes d'incertitude et d'erreur.

Dans certaines circonstances où le chirurgien n'a pas de doutes sur l'espèce d'affection qui est offerte à son examen, il peut rester incertain sur plusieurs circonstances de la lésion, comme la cause, l'étendue, l'adhérence, la mobilité, circonstances sur lesquelles il serait bon d'être fixé avant d'entreprendre le traitement. S'agit-il d'une fistule à l'anus ou d'une tumeur lacrymale, il ne faudrait pas les opérer de suite s'il y avait quelque doute sur l'origine syphilitique de ces affections. Faut-il extirper une tumeur dans une partie importante du corps? il serait imprudent de l'entreprendre, s'il restait de *l'incertitude* sur ses rapports avec les gros

vaisseaux, son adhérence à certaines parties, la possibilité de la déplacer du lieu qu'elle occupe.

Je terminerai ce chapitre des *Incertitudes*, que j'aurais pu alonger davantage, si on n'en devait trouver le complément au chapitre des *Erreurs*, par une réflexion pratique sur la conduite à tenir dans le cas d'incertitude de diagnostic. Lorsque des accidents graves sembleront réclamer un prompt secours, il faudra, en général, mettre les choses au pis, et se comporter comme si l'on avait affaire à l'affection la plus dangereuse ; on conçoit, par exemple, qu'il y aura peu d'inconvénients à inciser l'abcès d'un ganglion avec les précautions qu'on apporterait à la dissection d'une hernie fémorale étranglée, tandis que les plus grands accidents pourraient survenir, si l'on ouvrait cette dernière comme un abcès. Mais, s'il n'y avait pas d'accidents occasionés par l'affection chirurgicale sur laquelle on est en doute, et si l'opération applicable à l'une des maladies soupçonnées ne pouvait convenir à l'autre, et n'était pas sans danger, il serait plus convenable de s'abstenir :

In dubio, abstine.

CHAPITRE IV.

DES ERREURS DU DIAGNOSTIC, DANS LES MALADIES CHIRURGICALES.

Après avoir annoncé que le diagnostic des maladies chirurgicales est en général plus précis que celui des maladies internes, après avoir passé en revue les nombreux moyens de l'établir, il semblerait qu'il dût rester à peine quelque chose à dire dans le chapitre *des Erreurs*. Quelle sera donc la surprise du lecteur à la vue de cette longue suite d'erreurs commises dans la pratique de la chirurgie ? liste qui serait plus considérable sans doute si tous les chirurgiens avaient apporté à l'aveu de leurs fautes le même empressement qu'ils mettent à vanter leurs succès.

Plusieurs de ces erreurs, à la vérité, témoignent de la négligence ou de l'impéritie du chirurgien; mais quelques-unes ont été commises par des chirurgiens expérimentés, et l'appréciation des circonstances où la faute a eu lieu montre combien il eût été difficile, pour ne pas dire impossible de l'éviter. C'est qu'en effet les maladies chirurgicales elles-mêmes sont loin de se présenter constamment avec le cortège de symptômes qui pourraient les faire reconnaître avec facilité ; c'est que souvent les symptômes de la maladie sont masqués par des phénomènes accessoires qui détournent l'attention du chirurgien ; c'est que plusieurs maladies ont des symptômes tellement semblables qu'il est à peu près impossible de ne pas prendre l'une pour l'autre ; c'est que deux maladies peuvent exister simultanément, et alors, tantôt elles offrent toutes deux les mêmes symptômes, tantôt l'une d'elles a des symptômes qui obscurcissent ceux de l'autre ; c'est que, par suite de variétés anatomiques congénitales ou acquises, la maladie se présente dans un lieu où on ne la rencontre pas habituellement; c'est qu'une maladie est excessivement rare ou qu'elle se présente pour la première fois à l'observation, etc. Cette généralisation rapide des causes d'erreur, si elle ne peut légitimer la conduite du chirurgien, suffit du moins pour l'excuser dans un grand nombre de cas.

En rapprochant les cas d'incertitude de ceux d'erreur de diagnostic, on ne peut s'empêcher de reconnaître entre eux une analogie frappante, et cela devait être, puisque les causes du doute pour certaines personnes sont, pour d'autres, moins instruites ou moins attentives, des causes d'erreur.

Les fautes de diagnostic s'observent dans les mêmes circonstances que les incertitudes ; comme elles aussi, elles portent sur différents états de la maladie, soit sur sa nature, soit sur sa simplicité ou sa complication, soit sur son étendue, son siége précis, ses rapports avec les parties voisines, etc.

En traitant de l'emploi des sens appliqués à la recherche du diagnostic des maladies, nous avons indiqué les causes physiques d'incertitude ou d'erreur, les précautions à prendre pour les éviter. En parlant du raisonnement, nous avons également montré son importance pour l'établissement d'un bon diagnostic. Nous avons donc poursuivi dans cette partie de notre thèse les éléments plus actifs de l'incertitude et de l'erreur, ensorte qu'ici, comme dans le chapitre des incertitudes, il ne nous reste plus qu'à rechercher dans quelles maladies ces éléments groupés en plus ou moins grand nombre ont entraîné l'erreur.

Dans les trois chapitres qui précèdent nous avons été sobres d'observations particulières, et nous nous sommes tenus autant que possible dans les généralités de notre sujet. Ici, au contraire, nous avons pensé qu'il était important de rassembler un grand nombre de faits, et, pour ne pas les entasser sans ordre, nous nous sommes efforcés de tirer de leur comparaison quelques caractères communs qui nous ont servi à les grouper.

§ 1er. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce que deux maladies présentent des symptômes semblables.*

On pourrait s'étonner de nous voir établir une pareille classe d'erreurs, puisque les fautes du chi-

rurgien proviennent presque toujours de ce qu'il a pris les symptômes de la maladie qui existe pour des signes de la maladie qui n'existe pas. Mais nous n'entendons parler ici que des affections qui offrent entre elles une telle ressemblance qu'il est à peu près impossible au chirurgien qui ne sait pas rester dans le doute, de ne pas prendre quelquefois l'une pour l'autre.

Obs. 1. — *Encéphaloïdes du testicule pris pour des hydrocèles.* — Le diagnostic de l'engorgement encéphaloïde du testicule offre souvent d'assez grandes difficultés. L'aspect piriforme ou ovalaire de la tumeur, sa mollesse et son élasticité, l'apparente fluctuation qu'on y ressent, peuvent la faire prendre pour une hydrocèle; et parmi les chirurgiens qu'une longue pratique dans les hôpitaux a mis à même de rencontrer fréquemment cette affection, il n'en est presque aucun qui n'ait fait l'aveu d'avoir commis une semblable méprise. Les faits suivants prouveront qu'elle est fréquente : 1° On voit dans la collection de Monro un testicule, à l'occasion duquel cette erreur a été faite; 2° une pièce semblable est conservée dans la collection de Jeffrey, de Glascow; 3° le premier malade dont Wardrop a rapporté l'histoire, a été ponctionné; 4° il en a été de même du quatrième; 5° Cooper dit qu'il s'y est trompé plus d'une fois; Pott, Hunter, Cline, et plusieurs autres y ont de même été pris; 6° j'ai vu Béclard plonger un trocart dans une énorme tumeur ovalaire du scrotum; il ne sortit que du sang; Béclard reconnut de suite une tumeur encéphaloïde, dont il fit l'extirpation, etc. » Aug. Bérard. *Thèse, de concours*, 1834, p. 15.

Obs. 2. — *Engorgement du testicule pris pour une hydrocèle.* — Un jeune homme ayant eu quelques accidents vénériens, fut enfin atteint d'un véritable sarcocèle, avec un léger épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Pott lui conseilla un traitement antisyphilitique qu'il négligea de faire. — Un mois après, ce chirurgien le trouva ayant une grande fièvre, et le scrotum fortement enflammé. Il raconta alors que, deux jours auparavant, un chirurgien de marine prétendant que son mal n'était qu'une *hernie* aqueuse, lui avait fait avec une lancette une incision qui n'avait donné issue qu'à du sang, quoiqu'il eût passé quelques minutes à *farfouiller* la tumeur avec une sonde, dans l'espoir d'obtenir de l'eau. — Un traitement antiphlogistique fut employé; mais presque tout le testicule tomba en pourriture. (Pott. *OEuv. chir.*, t. 2, p. 117.)

Obs. 3. — *Hydrocèle prise pour un sarcocèle.* — M. D**, de St-Domingue, homme de couleur, âgé de quarante ans, s'étant froissé le testicule droit, y ressentit, pendant plusieurs années, de vives douleurs. A son arrivée à Paris, le testicule était dur, inégal, pesant, sensible, et il était le siége de douleurs lancinantes. Dupuytren pratiqua l'extirpation. Après la première incision, ayant reconnu un point fluctuant, il l'ouvrit; une humeur roussâtre et inodore qui en sortit ajouta une nouvelle certitude au diagnostic : l'extirpation fut achevée. L'examen de la pièce fit voir que la tumeur était formée par la tunique vaginale devenue cartilagineuse, et que le liquide qui s'en était échappé lors de l'opération devait ses qualités à du sang fourni par une perforation régulière arrondie, pénétrant jusque dans l'intérieur du testicule qui, lui-même, était sain. *Sabatier, édition Sanson et Begin*, tom. III, p. 27.

Obs. 4. — *Tumeur de la tunique vaginale prise successivement pour une hydrocèle et pour un sarcocèle.* — Un porteur d'eau avait une tumeur du scrotum qui fut prise par un chirurgien pour une hydrocèle double, et traitée par une double ponction. Le côté droit fournit un peu de sérosité; le gauche du liquide sanguinolent. Le malade se présenta à la Charité. La tumeur était dure, et de vives douleurs s'y étaient développées depuis l'opération; Boyer et Deschamps crurent à un squirrhe du testicule gauche. En conséquence, l'opération fut pratiquée; la tunique vaginale, épaisse de huit à dix lignes, formait la tumeur; le testicule extirpé était sain. (*Boyer*, t. 10, p. 307.)

Obs. 5. — *Encéphaloïde de la cloison inter-vaginale méconnue.* — Un homme de 40 ans portait une tumeur du scrotum qui fut prise pour une hydrocèle, et vidée par la ponction; le testicule parut augmenté de volume et, comme une partie de la tumeur persistait, on pensa que la tunique vaginale était indurée. Plus tard, la tumeur s'étant reproduite, et ayant atteint le volume de la tête, on songea à pratiquer l'opération de la castration, dont on ne fut détourné que par l'existence d'une tumeur dans le ventre; une ponction fut pratiquée, par laquelle il s'écoula quatre livres de sérosité jaunâtre; après cette opération on put constater que le testicule avait son volume ordinaire; la tumeur n'avait pas diminué de plus d'un tiers. Par quoi était-elle formée? on s'arrêta à l'idée d'un kyste rempli de liquide, et l'on enfonça un trocart dans le point qui semblait le plus ramolli, mais on n'obtint que du sang que la ponction faisait jaillir. A l'autopsie, on trouva la cloison intervaginale épaisse de quatre à cinq pouces, et transformée en tissu encéphaloïde. (*Archives*, t. XVII, p. 457.)

Obs. 6. — *Épiplocèle pleine d'hydatides prises pour un hydrocèle.* — Un jeune homme de 20 ans avait une tumeur qui se présentait sous la forme d'une hydrocèle. Lamorier, chirurgien de Montpellier, voulut en opérer la cure radicale. L'incision faite, il reconnut que l'épiploon rempli d'hydatides formait la maladie. (*Mémoires acad. chir.*, t. III, p. 404.)

Obs. 7. — Un chirurgien très-expérimenté,

trompé par la transparence et la légèreté d'une tumeur du scrotum, dans un enfant, la prit pour une hydrocèle, et y plongea le trocart pour en évacuer l'eau; mais il ne sortit qu'une petite portion d'épiploon. Ce chirurgien reconnut alors son erreur, ouvrit le sac herniaire, coupa l'épiploon, et le malade guérit sans éprouver aucun accident. (*Warner cité par Lassus. Médecine opératoire*, tome I, page 218.)

Obs. 8. — *Hydrocèle enkystée, réductible par la compression, prise pour une hernie.* — Boyer a vu un enfant de 5 ou 6 ans chez lequel on pouvait faire rentrer une hydrocèle enkystée par l'anneau inguinal, en la poussant de bas en haut suivant la direction du cordon; et aussitôt qu'on cessait de comprimer, elle reparaissait; aussi l'avait-on prise pour une hernie. (*Mal. chirurg.*, t. X, p. 230.)

Obs. 9. — *Hydrocèle enkystée dans le tissu cellulaire qui entoure le ligament rond de l'utérus, prise pour une hernie.* — Une femme portait une tumeur ovoïde, lisse, à peine douloureuse, et rénitente comme une vessie remplie de liquide, située obliquement au-dessus de l'aîne gauche, et se prolongeant dans la grande lèvre de ce côté. Comme cette région avait été occupée quelques mois auparavant par une tumeur que la compression faisait disparaître, plusieurs médecins regardèrent cette maladie comme une hernie; et en conséquence, on mit à nu la tumeur qui n'était autre chose qu'un sac distendu par une énorme quantité de sérosité jaunâtre, et dont la surface interne était rugueuse. C'était un épanchement de liquide dans la gaîne celluleuse du ligament rond. (Paletta. *Archives*, t. 26, p. 378.)

Obs. 10. — *Hydatide simulant une hernie.* — Sur le cadavre d'une vieille femme, on trouva une tumeur globuleuse du volume d'une petite noix, d'une élasticité remarquable, placée immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, à une distance égale de la symphyse du pubis et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ressemblant aux hernies marronnées, mais ne rentrant point par la pression. On crut que cette tumeur était une hernie crurale avec adhérence; mais la dissection démontra qu'elle était formée par une hydatide un peu alongée et ovoïde, qui avait contracté des adhérences avec le ligament de Fallope. (*Archives*, t. XIX, p. 581.)

Obs. 11. — *Tumeur graisseuse prise pour une hernie.* — Un prince était affecté, au rapport de plusieurs médecins de mérite, d'un épiplocèle un peu au-dessus de l'ombilic et à gauche. Bien qu'en examinant la partie, Morgagni reconnût une tumeur molle, peu saillante, circulaire; comme il n'y sentit rien d'inégal, il suspendit son jugement. Quelque temps après, le sujet étant mort, on vit qu'il s'agissait d'une accumulation de la graisse dans les cellules du tissu adipeux extérieur au péritoine. (*Morg. de Sedib. et caus., Morb.* Epist. XLIII. § 10.)

Obs. 12. — *Tumeur graisseuse simulant une hernie.* — Morgagni rapporte d'après Schulzius l'observation d'un homme où l'on prit d'autant plus facilement pour une hernie la graisse qui accompagnait en abondance le cordon spermatique, que le sujet était du reste extrêmement maigre. (*De sed. et causis Morb.* Epist. XLIII. § 10.)

Obs. 13. — *Tumeur graisseuse prise pour un bubonocèle.* — Morgagni rapporte, d'après Pteschius, qu'un homme doué d'un grand embonpoint avait une tumeur graisseuse d'autant plus susceptible d'induire en erreur, que la graisse s'étant amassée dans le tissu cellulaire du péritoine, s'était échappée par l'anneau dans le scrotum d'un côté seulement, et en si grande quantité que la tumeur représentait un oschéocèle (*Morgagni de sedibus et causis Morb.* Epist. XLIII. § 10.)

Obs. 14. — *Tumeurs graisseuses prises pour des hernies épiploïques.* — Pelletan a observé des tumeurs graisseuses qui, extérieures au péritoine et engagées dans l'anneau inguinal et le scrotum, simulaient parfaitement des hernies épiploïques par leur mollesse, l'inégalité de leur surface et leur réductibilité. (*Pelletan, clin. chir.*, t. III, p. 33.)

Obs. 15. — *Tumeur graisseuse prise pour une hernie.* — Un homme vient à l'Hôtel-Dieu pour des coliques habituelles qu'il éprouvait depuis plusieurs années: on reconnaît une petite hernie au-dessus de l'ombilic, et on trouve seulement un paquet graisseux qu'on emporte. Dès ce moment les coliques ont disparu. (*Cruveilhier, Essai sur l'anatomie patholog.*, t. II, p. 268.)

Obs. 16. — *Fracture du col du fémur sans raccourcissement, méconnue. — Manœuvres. — Déviation.* — Un homme avait fait une chute sur le grand trochanter; une forte contusion sans raccourcissement du membre en fut le résultat. On put faire exécuter de légers mouvements au membre, quoiqu'il y eût beaucoup de douleur: Sabatier jugea que la cuisse n'était ni fracturée ni luxée, cependant quelques jours après il vit le raccourcissement se produire pendant les mouvements qu'il essayait de faire faire au membre. La fracture fut alors reconnue, le malade guéri, avec un peu de claudication. (*Sabatier, Mém. Acad. chir.*, t. IV, p. 635.)

Obs. 17. — *Hydropisie enkystée prise pour un hydro-péricarde. Opération. Mort.* — Un homme fut reçu à l'hôpital de la charité avec des symptômes que les uns attribuaient à une maladie du cœur, les autres à une hydropisie du péricarde. Desault partageant cette dernière opinion ouvrit avec les précautions requises, la poitrine entre la sixième et la septième côte gauche. Le doigt indicateur porté dans la poitrine par cette incision, Desault sentit une espèce de poche pleine d'eau qu'il prit pour

le péricarde : cette poche fut ouverte et donna issue à 5 ou 6 onces de sérosité. Le malade mourut le lendemain. Le péricarde était intact. La poche qui avait été prise pour ce sac membraneux, était formée par une membrane qui unissait le bord antérieur du poumon à ce même sac. Le péricarde contenait un peu de sérosité rougeâtre, mais le cœur était atteint d'anévrisme passif. — Boyer, t. VII, p. 411.

Obs. 18. — *Rétention d'urine causée par une tumeur hydatique développée entre la vessie et le rectum.* — Un homme de 61 ans portant plusieurs tumeurs à l'abdomen fut pris à différentes reprises de rétention d'urine pour lesquelles il fut sondé chaque fois avec difficulté. Enfin l'introduction de la sonde devint impossible, arrêtée qu'elle était au col de la vessie. Les tumeurs de l'abdomen s'opposant à la ponction hypogastrique, on eut recours à celle par le rectum, avec d'autant plus de confiance que le doigt introduit par l'anus y sentait une tumeur molle et fluctuante. Le trocart était à peine introduit qu'il s'écoula à la fois par son orifice et par l'urètre une grande abondance de liquide, mais de propriétés bien différentes : l'un en effet était de l'urine reconnaissable à ses qualités physiques, celui qui coulait par le trocart était le contenu d'un kyste qui, placé entre le rectum et la vessie, s'était opposé à la sortie de l'urine, en comprimant le col de ce dernier organe. (Lesauvage, *Bulletin de la Faculté de méd.*, 1813, p. 439.)

Obs. 19. — *Rétention d'urine prise pour une ascite.* — Un jeune homme, après une chute sur les lombes, devient paralytique; l'urine sortait involontairement; cependant, le ventre se tuméfiant prodigieusement, on allait faire la ponction, lorsque l'exploration de la vessie par le rectum faite par le conseil de Franck fit jaillir l'urine par l'urètre. On sonda et on fit sortir en deux fois 24 livres d'urine. La sonde d'abord laissée à demeure fut ôtée quelques jours avant la mort du malade, déterminée par les progrès de l'affection de la région lombaire; on trouva 80 livres d'urine dans la vessie qui refoulait le diaphragme dans la poitrine. (Franck, cité par Boyer, t. IX, p. 181.)

Obs. 20. — *Rétention d'urine prise pour une ascite.* — Une femme délicate sentit son ventre grossir sans cause appréciable et sans éprouver d'incommodité : cependant son ventre continua à s'élever et il survint une infiltration excessive aux membres inférieurs. Cette infiltration s'étendit bientôt aux parties supérieures. La malade fut jugée hydropique et on fit venir un chirurgien, pour lui faire la ponction. Le flot du liquide contenu dans le ventre était évident. On prescrivit quelques diurétiques avant d'en venir à l'opération. Dans l'intervalle, la malade se plaignit de suppression totale d'urine depuis trois jours. La sonde amena 18 livres d'urines et procura l'affaissement de la tumeur abdominale, l'anasarque se dissipa, etc. (Murray cité par Boyer, t. IX, p. 179.)

Obs. 21. — *Rétention d'urine prise pour une hydropisie.* — Wandœhren s'est fait honneur d'avouer qu'il avait donné ses soins à une femme qu'il croyait hydropique, et qui mourut d'une rétention d'urine et de la crevasse qui se fit à la vessie. *Chopart*, 1-346.

Obs. 22. — *Hydropisie ascite prise pour une rétention d'urine.* — Les auteurs ont prévenu les chirurgiens du danger de prendre une rétention d'urine pour une hydropisie, et de pratiquer dans ce cas la paracenthèse. Il faut aussi se garder de prendre une hydropisie pour une rétention d'urine et de pratiquer alors le cathétérisme avec trop de vigueur. Par suite d'une erreur semblable, on avait poussé la sonde jusque dans la vessie qui était vide; on se croyait arrêté par un rétrécissement de l'urètre; on pressa davantage. La vessie fut percée et tout le liquide d'une hydropisie ascite s'écoula par la sonde placée dans l'urètre. On eut occasion de vérifier cet accident par l'ouverture du cadavre. (Thèse de M. Bérard, aîné, p. 33.)

Obs. 23. — *Lipôme avec fluctuation.* — M. Lisfranc ayant eu à traiter une tumeur d'une forme irrégulière, d'un volume considérable, du poids d'environ 3 livres, située à la partie postérieure et latérale du cou, crut y reconnaître de la fluctuation et fit une ponction explorative; aucun liquide ne s'écoula, la tumeur fut enlevée; c'était un lipôme. (*Archives*, t. XII, p. 617.)

Obs. 24. — *Fongus synovial pris pour un abcès.* — Sennert rapporte qu'à la suite d'une contusion, il survint au-dessus de la malléole externe une tumeur qu'un empirique ignorant et grossier prit pour une luxation qu'il s'efforça de réduire. Cette tumeur fit des progrès, s'étendit sur la face supérieure du pied, puis entre les os du métatarse qu'elle écarta les uns des autres. La peau avait conservé sa couleur. Un chirurgien, ayant cru sentir de la fluctuation dans cette tumeur qui était molle et douloureuse, y fit une incision d'où il ne sortit que du sang et une masse spongieuse pleine de sang noir. Une autre incision, pratiquée sur une nouvelle tumeur de la plante du même pied, laissa sortir une substance charnue de même nature que celle qui était sortie de la première. De nouveaux fongus d'un volume énorme nécessitèrent bientôt l'amputation du pied. Celle-ci n'empêcha pas la mort; car de nouveaux fongus se manifestèrent la plaie et dans la région inguinale du même côté. Fabr. Hilden, cent. II, obs. 35, p. 110.

§ II. — *Erreurs de diagnostic provenant de ce que deux maladies ont des symptômes analogues.*

C'est ici que se range le plus grand nombre des

erreurs de diagnostic. En parcourant la liste de celles qui sont ici relatées, on verra que presque toujours la faute a été commise parce que le chirurgien a négligé de faire l'examen attentif de toutes les circonstances qui se rattachent à la maladie. Nous devons ajouter qu'il en est quelques-unes où la méprise suppose ou une ignorance profonde, ou une incurie extrême, ou une préoccupation bien grande de la part de l'homme de l'art.

Obs. 25. — *Hydro-encéphalocèle, pris pour une hydropisie enkystée et une loupe. — Opération. — Mort.* — Un enfant naquit avec deux tumeurs à la partie postérieure de la tête. L'une, contenant un liquide transparent, était longue d'environ deux pouces et demi, et avait une forme ovalaire : adhérente par l'une de ses extrémités à la partie moyenne de l'occipital, elle était libre et flottait sur le cou par l'autre. La seconde tumeur, située à côté de la première, n'en était séparée que par un repli de la peau légèrement enfoncée en cet endroit. Elle avait la grosseur d'un œuf de poule, et les téguments, couverts de cheveux, laissaient distinguer au toucher une masse de la consistance du stéatome qui paraissait tenir à l'os par un gros pédicule, ne cédait pas à la compression et n'offrait aucun battement. Les parents exigèrent l'extirpation de ces tumeurs, que le chirurgien, trompé par l'absence des signes caractéristiques de l'encéphalocèle, entreprit, bien qu'à regret. La dissection des téguments lui montra une communication entre l'intérieur du crâne et les tumeurs, au moyen d'une perforation moins considérable que la masse herniée, et donnant à la fois issue à cette masse et à l'hydrocéphale. L'ablation fut néanmoins achevée ; mais l'enfant mourut quelques heures après. Journ. de Desault, t. III, p. 327. — Ce qui avait contribué à faire prendre l'hydrocéphale pour un kyste, c'est qu'effectivement une partie de la tumeur aqueuse était formée par un kyste, distinct de l'autre partie qui communiquait avec le crâne.

Obs. 26. — *Enfoncement au centre de bosses sanguines, pris pour des fractures du crâne.* — Un enfant, en tombant dans une cave, se fit une bosse de la grosseur d'une poire, occupant la tempe, du coin de l'œil au-devant de l'oreille. Trois chirurgiens pensèrent qu'il y avait un enfoncement des os du crâne, et qu'il faudrait trépaner. Cette erreur était causée par la mollesse du centre de la tumeur qui se déprimait sous le doigt, pendant que la circonférence résistait comme les bords d'une enfonçure. Une pulsation très-forte confirmait encore cette erreur, en faisant attribuer au soulèvement de la dure-mère ce qui n'était que le résultat de la lésion de l'artère temporale, comme J.-L. Petit le démontra par l'incision qui fut faite sur la tumeur, pour donner issue au sang épanché entre le muscle temporal et les téguments. J.-L. Petit, t. I, p. 49, *mal. chir.*

Obs. 27. — Le fils d'un coutelier, âgé de dix ans, se fit en tombant une bosse occupant toute l'étendue de la suture sagittale. On y sentait une pulsation si forte, que plusieurs crurent, en touchant cette bosse, que la suture sagittale était écartée, ce qui n'était pas. En effet, J.-L. Petit, par une incision, fit sortir tout le sang épanché; puis, le sang continuant à couler, il l'arrêta par la compression, et fit ainsi cesser les pulsations dues seulement à la lésion des vaisseaux. *Loc. cit.*, p. 50.

Obs. 28. — Un enfant venait de recevoir un coup de bâton sur le pariétal droit. Ce coup produisit à l'instant une bosse de la grosseur d'un œuf de poule, dont le milieu était mou; ce qui faisait croire, en y touchant, qu'on enfonçait le doigt plus avant que la convexité du crâne. Aussi croyait-on à l'existence d'un enfoncement, d'autant plus que la circonférence de la tumeur était ferme, et résistait comme auraient fait les bords d'une enfonçure du crâne des plus considérables. Un bandage et des résolutifs dissipèrent cette tumeur sans enfoncement. J.-L. Petit, *Mal. chir.*, t. I, p. 47.

Obs. 29. — *Tumeur sanguine simulant un encéphalocèle.* — Un médecin fut appelé pour un enfant d'un mois sur la tête duquel, quelques jours après la naissance, on avait aperçu une tumeur ovoïde située à la fontanelle postérieure du côté droit, qui augmenta pendant les trois premières semaines. Cette tumeur lisse, sans changement de couleur à la peau, était molle mais légèrement résistante, diminuait de volume par la compression exercée de haut en bas, offrait des battements isochrones à ceux du pouls et quelques mouvements confus qu'on regarda comme analogues aux mouvements respiratoires : on diagnostiqua une encéphalocèle. — L'on prescrivit la compression de la tumeur qui diminua effectivement par ce moyen; mais, loin d'être rentrée dans le crâne qui, trois semaines après était en partie ossifié, elle s'était répandue en bas en fusant vers la suture lambdoïde, et les battements avaient disparu. C'était donc un épanchement sanguin et non une hernie du cerveau. (Michel, *Gaz. méd.*, 1833, p. 183.)

Obs. 30. — *Fongus des os du crâne, pris pour un abcès.* Un soldat, âgé de 22 ans, éprouva des vertiges, des bourdonnements d'oreille, avec un sentiment de tension au côté droit de la tête, sans fièvre. On découvrit à la région pariétale droite un point de la largeur d'une pièce de 5 francs, médiocrement gonflé et à demi-mou, limité par un bord osseux, sans fluctuation ni pulsation, cédant sous le doigt, et causant peu de douleur quand on le comprimait davantage. La vue, du côté droit, était affaiblie. Croyant avoir affaire à un dépôt purulent, on incisa la peau en croix ; mais on vit sortir une masse molle, rougeâtre, parsemée de vaisseaux, et il survint

une hémorrhagie. La tumeur fut peu à peu détruite par les caustiques, et l'on découvrit la surface de l'os saignante, inégale, et présentant dans un point un vide de la grosseur d'un tuyau de plume dans lequel s'enfonçait une portion de la tumeur. On ne put savoir si celle-ci pénétrait jusqu'à l'intérieur du crâne; la cautérisation de l'os détermina la formation de bourgeons charnus et la guérison. Eck, *Archives*, t. 22, p. 227.

Obs. 31. — Flajani assure qu'un athérome du cuir chevelu fut pris par beaucoup de médecins pour un fongus de la dure-mère ou une hernie du cerveau. Ils ne le crurent pas susceptible de guérison. Un empirique ayant fait la ponction de la tumeur, beaucoup de matière pultacée sortit par l'ouverture et la cure fut bientôt parfaite. *Dict. des scienc. médic.*, t. XXIX, p. 104.

Obs. 32.—*Mucus nasal, pris pour la substance cérébrale.* — Un homme avait reçu au-dessus du sourcil un coup qui avait ouvert le sinus frontal : la plaie fournit, dès le second pansement, des flocons de matière blanchâtre qu'un chirurgien prit pour des portions de la substance du cerveau. Maréchal, qui fut appelé, reconnut que la plaie n'allait pas au-delà du sinus, et que cette matière blanchâtre n'était que du mucus. *Mém. Académ. de chirurgie*, t. II, p. 159, in-12.

La membrane qui tapisse le sinus peut, lorsqu'elle n'est point déchirée, recevoir par la respiration un mouvement qui imite celui de la dure-mère; ce qui peut encore contribuer à faire croire que la plaie intéresse toute l'épaisseur du crâne. Boyer, t. VI, p. 187.

Obs. 33. — *Tumeur à la mâchoire, qui en a imposé pour une exostose.* — Un homme portait une tumeur de la mâchoire inférieure qui détermina des abcès au dedans et au dehors de la bouche. Après l'ouverture de ces abcès, on reconnut une tumeur dure qu'on prit pour une exostose : ce n'était pourtant qu'un corps étranger du volume d'un œuf de poule, dur, mobile, logé dans une cavité formée par l'écartement des lames ramollies de l'os maxillaire, ce que démontra l'autopsie. *Mém. acad. chirur.*, t. V, p. 352. — Si on eût reconnu cette disposition, il eût été facile d'extraire ce corps ; ainsi que Dupuytren l'a démontré par sa pratique.

Obs. 34. — *Fistule dentaire, prise pour un ulcère cancéreux.* La lésion de la dent canine de la mâchoire supérieure cause quelquefois une fistule qui a son siége près de l'aile du nez, dans l'enfoncement qui sépare la lèvre supérieure de la dent correspondante. J'ai vu une fistule de cette espèce qu'un chirurgien avait prise pour un ulcère cancéreux, et pour laquelle il avait prescrit au malade l'extrait de ciguë pendant plus d'une année. Les fonctions de l'estomac en avaient été dérangées et la constitution de l'individu était fort altérée. Je fis arracher la dent canine, dont la racine était altérée : deux jours après, la fistule était guérie. Boyer, t. VI, p. 248.

Obs. 35.—*Grenouillette prise pour un abcès froid.* — Quelquefois il arrive que la grenouillette, au lieu d'étendre ses progrès vers la bouche, se porte au-dessous de la mâchoire et sur la partie latérale et antérieure du cou, où elle forme une saillie quelquefois très-considérable. Dans ce cas, elle pourrait être prise pour un abcès froid, ou pour un engorgement lymphatique; et, si l'on en faisait l'ouverture ou si elle s'ouvrait d'elle-même, il en résulterait une fistule, qu'il serait peut-être impossible de guérir. Boyer a vu deux fois des hommes de l'art très-instruits commettre cette méprise. Heureusement, on se borna à appliquer des emplâtres fondants sur la tumeur, qui fut ensuite guérie par l'opération convenable. Boyer, t. VI, p. 306.

Obs. 36. — *Vésicule biliaire dilatée, prise pour une hydropisie enkystée; pour des abcès.* Une demoiselle avait une tumeur à la région du foie; cette tumeur était d'une étendue si considérable et accompagnée d'une fluctuation si sensible, qu'elle fut prise pour une hydropisie enkystée. On y fit la ponction, et au lieu de sérosité, il en sortit deux pintes de bile très-verte et fort gluante. La malade mourut. J. L. Petit. *Mém. Acad. chir.*, t. I, p. 153.

Obs. 37. —On ouvrit une tumeur que l'on croyait être un abcès au foie. Au lieu de pus, il en sortit environ une chopine de bile verte. — La malade succomba. J. L. Petit. *Loc. cit.*, p. 136.

Obs. 38. — J. L. Petit fut appelé en consultation avec plusieurs médecins et chirurgiens, pour une tumeur du foie. Tous jugèrent qu'il y avait abcès, et J. L. Petit fut chargé de l'ouvrir. Incision faite de la peau, il s'aperçut de l'affaissement et de la diminution de la tumeur et suspendit l'opération, pensant que ce prétendu abcès n'était que la bile retenue dans la vésicule du fiel, et que l'affaissement de la tumeur était dû à ce que le liquide avait commencé à couler. Cette opinion fut démontrée par la quantité de bile que le malade rendit quelques instants après, et par la guérison qui suivit bientôt. L. C. p. 156.

Obs. 39. — On prit pour un abcès une tumeur qu'une dame portait à la région du foie; malgré l'avis de J. L. Petit on l'ouvrit. L'ouverture resta fistuleuse, et continua à fournir de la bile; on en fit même sortir plus tard un calcul biliaire.—J. L. Petit. *Mém. Acad., chir.* T. I, p. 157.

Obs. 40. — Le même chirurgien fut appelé pour être présent à l'ouverture d'un abcès du foie chez un malade atteint d'ictère fébrile. Des frissons irréguliers s'étaient manifestés et une tumeur fluc-

tuante considérable avait paru, en même temps que la douleur avait diminué sous l'influence des saignées et des laxatifs. J. L. Petit pensa que cette tumeur était la suite de la rétention de la bile qui, ne coulant plus par le canal cholédoque, avait dilaté la vésicule et soulevait les téguments et les muscles de l'abdomen. — En conséquence de cette opinion qu'il fit partager à ses confrères, on continua le traitement déjà employé ; et le retour de la bile dans les selles en grande quantité, détermina bientôt l'affaissement du prétendu abcès et la guérison du malade. L. C. p. 158.

Obs. 41. — Une observation semblable est rapportée dans le même mémoire. L'erreur ici était encore plus facile à commettre : en effet, le malade, malgré l'accumulation de la bile dans la vésicule, avait tous les jours des selles bilieuses. *Loc. cit.* p. 167.

Obs. 42. — *Kyste hydatique de la grande lèvre, pris pour une hernie, excision, guérison.* Une fille de 12 ans, portait dans l'aîne une tumeur qu'elle ne montra à sa mère que lorsque cette tumeur eut atteint la grosseur d'un œuf de poule. Plusieurs chirurgiens consultés alors, s'appuyant sur la forme ovale de la tumeur qui s'étendait de la grande lèvre à l'anneau du même côté, et sur ce qu'elle semblait augmenter et descendre quand la malade toussait ou criait, et paraissait se prolonger à travers l'anneau inguinal, diagnostiquèrent une hernie et conseillèrent un bandage. Desault s'étant assuré : 1° que la tumeur, quoique mobile, n'était pas réductible ; 2° qu'elle était transparente et fluctuante ; 3° qu'en la tirant en bas, elle s'éloignait de l'anneau et laissait entr'elle et cette partie, un vide où l'on pouvait enfoncer le bout du doigt, et constater qu'elle n'était formée par aucun prolongement du bas-ventre, reconnut un kyste hydatique, l'opéra et guérit la malade. Pendant l'opération, quand la malade criait, on voyait paraître à la partie supérieure de la poche, vers l'anneau inguinal, une tumeur qui disparaissait quand on exerçait sur elle une légère compression, ou quand la malade cessait de crier. C'était le péritoine qui, poussé avec l'intestin sur l'anneau, pendant les cris ou les efforts de l'enfant, avait induit en erreur. Journ. de Desault, t. I, p. 251.

Obs. 43. — *Kyste du vagin pris pour une hernie.* — Une femme âgée de 24 ans, ayant eu deux enfants, portait, à la partie postérieure et gauche du vagin, une tumeur ronde recouverte par la muqueuse, et de la grosseur d'un œuf de poule. La toux semblait augmenter son volume et la poussait à l'orifice du vagin, où elle se présentait également quand la malade restait long-temps debout. Ces circonstances jointes à la mollesse de son tissu et à la facilité avec laquelle on la repoussait sans cependant la faire disparaître, la faisaient prendre pour une hernie. Pelletan s'assura qu'il n'existait aucune continuité entre elle et les parties voisines, et qu'elle était fluctuante. Il reconnut alors un kyste du vagin qu'il guérit par l'incision. Pelletan, *Clin. chir.*, t. I, p. 230.

Obs. 44. — *Abcès du muscle iliaque, pris pour une hernie.* — Un ouvrier, âgé de 42 ans, fait une chute sur le côté droit. Quelques mois après, douleurs vives dans la région inguinale, tuméfaction avec crépitation emphysémateuse. On plonge le bistouri, il ne sort qu'un peu de sang ; mais les jours suivants, il s'échappe des gaz et une matière roussâtre, sanieuse, d'une odeur de matières stercorales. La pression détermine un gargouillement sonore ; on crut à une perforation intestinale. A l'autopsie, on trouva l'intestin parfaitement sain, et un vaste foyer purulent dans le psoas et l'iliaque. (Dance, *Arch.*, t. 30, p. 158.)

Obs. 45. — *Tumeur sarcomateuse de l'ombilic, prise pour une exomphale.* — Une femme de 50 ans portait au-dessus de l'ombilic une tumeur qui augmenta peu à peu, et devint grosse comme la tête d'un enfant. Plusieurs chirurgiens la prirent pour une exomphale, et la traitèrent en conséquence. Ennuyée de son état, elle se confia à un charlatan qui appliqua des caustiques qui ne firent qu'aggraver le mal, et la jetèrent dans un état désespéré. Enfin, l'extirpation de la maladie vint à bout de tous les accidents. (*Journ. de méd. chir.*, t. IV, p. 374.)

Obs. 46. — *Cystocèle prise pour une hydrocèle.* — Méry, appelé pour soulager le général d'une congrégation religieuse affecté d'une difficulté d'uriner, découvrit, du côté gauche du scrotum, une tumeur énorme et fluctuante, qu'il prit d'abord pour une hydrocèle ; mais le malade le tira d'erreur, en soulevant les bourses avec les mains. L'urine sortit par l'urètre, et la prétendue hydrocèle disparut entièrement. C'était une cystocèle inguinale.

Obs. 47. — *Cystocèle prise pour un rétrécissement de l'urètre.* — Un laboureur, à la suite d'une gonorrhée, avait une difficulté d'uriner, pour laquelle un chirurgien de campagne lui passait de temps en temps des bougies, pensant, vu l'amélioration qui s'ensuivait, avoir affaire à des carnosités. Ce chirurgien assura à J.-L. Petit, que le malade avait un bubon qui paraissait et disparaissait plusieurs fois par jour. Un examen et des questions convenables ayant fait reconnaître une cystocèle, mirent Petit en état de guérir le malade, à l'aide d'un bon bandage porté assidûment. J.-L. Petit, *Mal. chir.*, p. 419, t. II, première édit.

Obs. 48. — *Hernie du colon, prise pour un entéro-épiplocèle.* — J.-L. Petit, en réduisant une hernie, diagnostiqua une hernie entéro-épiploïque,

l'opération lui montra une hernie du colon, avec trois lobules ou appendices de la graisse qui accompagnent cet intestin. (*Mal. chir.*, t. II, p. 308.)

Obs. 49. — J.-L. Petit rapporte qu'il fut présent à une opération de bubonocèle, où un de ces lobules était si gros et si alongé, que l'opérateur le prit pour l'épiploon, et l'aurait lié s'il n'eût été arrêté.

Obs. 50. — *Cystocèle prise pour des abcès.* — Un paysan eut une rétention d'urine; le périnée, le scrotum et l'aîne droite s'enflèrent. La tumeur de l'aîne augmentant toujours fut prise pour un abcès. A l'incision qui y fut faite, au lieu de pus, il sortit de l'urine. Le malade guérit par l'usage de la sonde, la précaution de le faire coucher sur le côté opposé à la fistule, et les moyens adoucissants locaux et généraux.

Obs. 51. — *Epiplocèle prise pour un varicocèle.* — On avait employé contre une tumeur de l'aîne que portait un jeune homme, tous les astringents et les résolutifs capables de donner du ressort aux vaisseaux que l'on croyait affectés de varicocèle. Un examen attentif fit voir à Pipelet que c'était une hernie épiploïque. Il en fit la réduction et la contint par un bandage. *Mém. ac. chir.*, t. V., p. 645.

Obs. 52. — Un officier de 25 ans, avait une épiplocèle de cette espèce; depuis dix ans il était traité pour un varicocèle. Pipelet ayant reconnu la méprise réussit comme dans le cas précédent. (L. C.)

Obs. 53. — *Double épiplocèle prise pour un engorgement des vaisseaux spermatiques.* — On lit (dans la *nosographie chirurgicale*, p. 426, t. IV) le fait suivant : « Un individu de 45 ans était alors affecté d'un double sarcocèle que j'hésitais à opérer, les cordons me paraissant plus durs, et surtout plus volumineux que dans l'état ordinaire. Enfin, vaincu par les importunités du malade, je me décidai à pratiquer la castration. Quelle ne fut point ma surprise, de trouver, au-devant des cordons, une corde graisseuse que je reconnus aisément pour un prolongement épiploïque. Il couvrait de chaque côté le cordon parfaitement sain, et adhérent par la partie inférieure à la partie supérieure de la tumeur qui recouvrait la tunique vaginale. Je liai l'épiploon et le cordon tout ensemble sans que cette ligature fût suivie d'aucun accident. » (Richerand, *nosogr.*, cinquième édition, t. IV, p. 426.)

Obs. 54. — *Hernie prise pour un bubon.* — M. Burdin jeune a vu, aux consultations de la société de médecine de Paris, un homme qui portait dans l'aîne une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau. Un des plus illustres praticiens de Paris avait qualifié de bubon cette tumeur, qui s'ouvrit d'elle-même et donna issue à un ver lombric et à des matières fécales. (*Arch.* 2e série, t. VI, page 57.)

Obs. 55. — *Hernie crurale, long-temps méconnue et prise pour une hernie inguinale.* — Un homme de 52 ans, portait depuis long-temps une hernie qu'il contenait à l'aide d'un brayer. Il fut pris d'une fièvre avec toux catarrhale, pour laquelle il requit les soins de son médecin accoutumé. Pendant le cours de cette maladie, il survint des vomissements opiniâtres, puis des hoquets, qui furent attribués aux efforts de la toux et à l'expectoration difficile : le chirurgien ne fut appelé que le sixième jour. La hernie s'était échappée par dessous le bandage et répondait à l'anneau, comme si elle eût été inguinale. Pelletan pratiqua le taxis, puis l'opération, dans cette opinion : ce ne fut qu'au moment où il allait débrider l'anneau qu'il s'aperçut que la hernie ne passait pas par cette ouverture et qu'elle était crurale. Les manœuvres furent alors tournées de ce côté. Le malade guérit après plusieurs accidents qui ne sont pas de notre objet. Pelletan, *Clin. chir.*, t. III, p. 60.

Obs. 56. — *Hernie crurale prise pour une hernie inguinale.* — Pelletan dit avoir opéré, chez l'homme, des hernies qu'il croyait avoir leur issue par l'anneau inguinal, et n'avait reconnu son erreur qu'après avoir ouvert le sac et essayé d'introduire le bistouri dans l'anneau pour en opérer le débridement; alors seulement il s'aperçut que l'anneau n'était pas même agrandi, et en soulevant la tumeur intestinale, il était conduit vis-à-vis l'arcade crurale. (Pelletan, *clinique chirurg.*, t. III, p. 27.)

Obs. 57. — *Hernie inguinale directe prise pour une crurale.* — Une femme est apportée à la Charité; un peu au-delà de la moitié interne du pli de l'aîne, du côté droit, existe une tumeur un peu moins grosse qu'un petit œuf de poule, dont le diamètre transversal est un peu plus considérable que celui qui mesure la hauteur. La malade ayant étendu la cuisse, la tumeur parut moins oblongue, plus arrondie, et le doigt put aisément suivre sa base dans toute l'étendue de son contour. M. Roux, après l'avoir examinée avec attention, la jugea être une hernie crurale. Après l'ouverture du sac, une sonde cannelée fut introduite du côté interne de l'anneau, dans la direction du ligament de Gimbernat. Une partie tendineuse fut coupée, et à l'aide de ce débridement, la réduction opérée. La malade mourut. L'autopsie fit reconnaître qu'on s'était trompé, en regardant cette hernie comme une hernie crurale. Elle était inguinale, et au lieu d'avoir suivi le trajet du cordon, avait passé directement par l'anneau inguinal.

Obs. 58. — *Épiplocèle prise pour un hydrocèle.* — Un jeune homme de 10 ans avait sur le cordon spermatique une tumeur arrondie, et qui semblait transparente ; on aurait pu la prendre pour une hydrocèle commençante. Les premières tentatives de réduction n'eurent aucun succès, mais l'usage des cataplasmes résolutifs permit de faire rentrer

la tumeur qui était une hernie épiploïque. (Pipelet, *Mémoires acad. chir.*, t. V, p. 646.)

Obs. 59. — *Epiplocèle prise pour un cancer.* — Pott a vu une hernie de l'épiploon, dans laquelle la portion renfermée dans le sac avait la dureté noueuse, la douleur, et tous les autres symptômes d'un cancer. (*Pott*, t. I, p. 331.)

Obs. 60. — *Hernies épiploïques méconnues.* — Un homme de 30 ans avait perdu l'appétit, éprouvait des tiraillements d'estomac, était amaigri. Il consulta pour un engorgement glanduleux de l'aîne. Pipelet reconnut que c'était une tumeur épiploïque, en fit la réduction, la contint, et guérit à la fois l'affection glanduleuse prétendue et les accidents du tube digestif qui n'étaient dus qu'aux tiraillements de l'estomac. (*Mém. acad. chir.*, t. V, p. 648.)

Dans les recueils d'observation abondent les extirpations de l'utérus en totalité ou en partie. Bauhin, dans son appendice à la traduction de l'ouvrage de Rousset sur l'opération césarienne (ch. 4, p. 192), en compte dix-neuf exemples. Or, si l'on réfléchit que, parmi les malades soumises à ces prétendues extirpations, il en est qui sont devenues grosses et ont accouché, on demeurera convaincu que l'utérus n'a pas été enlevé, et qu'on a pris pour lui une maladie différente, soit un prolapsus du vagin, soit un polype, soit quelqu'autre tumeur. Je vais rapporter quelques faits qui viennent à l'appui de cette proposition.

Obs. 61. — Une femme se présente à M. Velpeau, pour faire réduire une descente de l'utérus qu'elle avait long-temps maintenue à l'aide d'un pessaire. M. Velpeau examine, et trouve entre les grandes lèvres une tumeur conique, surmontée d'une petite fente au sommet; il la repousse dans le vagin, et l'y maintient par un pessaire en bilboquet. Cette femme succombe quelques jours après à une péritonite. Il se trouve que la tumeur réduite n'est autre chose qu'un polype implanté dans le fond de l'utérus par un long pédicule.

Mais voici un autre cas plus curieux où l'erreur persista après l'enlèvement et la dissection de la tumeur.

Obs. 62. — En 1823, une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui pendait depuis plusieurs années à la vulve d'une femme, fut enlevée par MM. Richerand et Cloquet, qui pensaient avoir emporté l'utérus. Examen fait de la tumeur, on lui trouva une cavité et d'autres caractères propres à l'utérus; mais la malade étant morte, on fut bien étonné de rencontrer une matrice dans sa place habituelle. La tumeur enlevée était un énorme polype. (Velpeau, *Méd. opér.*, t. III, p. 598.)

Mais si quelques parties ont été prises pour la matrice, la méprise inverse a aussi été commise.

Obs. 63. — Slevogt, ayant excisé du vagin d'une femme un corps volumineux, s'aperçut avec effroi que c'était l'utérus avec une portion des trompes; toutefois la malade guérit. (*Journ. des Progrès*, 1827, t. II, p. 72. — L'utérus renversé ou descendu, et pris tantôt pour une môle, tantôt pour un polype, tantôt pour le placenta adhérent, a été lié, arraché, excisé, avec des résultats divers. (Clarke, Bernhard, Johnson, Fab. d'Aquapendente, *Op.*, p. 904. *Journ. des progrès*, 1827, t. II, p. 73, 82, 84.)

Obs. 64. *Polype pris pour une descente de l'utérus.* — Une femme de 60 ans portait depuis 14 ou 15 ans, dans la vagin, une tumeur qu'on avait prise pour une chute de matrice et qu'on avait réduite et contenue à diverses reprises par un pessaire. La dernière fois qu'elle se déplaça, la sage-femme qu'on appela pour la réduire, dans les tentatives qu'elle fit, tordit le pédicule de la tumeur qui se détacha à son grand effroi. Lapeyronie eut de la peine à la rassurer et à lui persuader qu'elle n'avait pas arraché la matrice. (*Mém. Acad. chir.*, t. III, p. 557.)

Obs. 65. — *Polype de l'utérus, pris pour diverses maladies.* — Madame L...., âgée de 37 ans, réglée à 14 ans, commença dès-lors à éprouver des désordres du côté de l'utérus. A 22 ans, elle devint mère; le flux muqueux, qu'elle avait depuis long-temps, diminua pendant la grossesse, et reparut plus abondant après; en 1816, elle consulta M. *Carolan*, qui toucha, reconnut un prolapsus de l'utérus et prescrivit un pessaire qui ne put être supporté. M. Forestier, consulté, employa sans succès les bains, les injections, le repos. M. Gauthier de Sancy prescrivit des pilules d'assa fœtida et de ciguë, sans aucune amélioration : au bout d'un an, il reconnut un polype, et demanda Boyer en consultation. Celui-ci assura que madame L... était affectée d'un squirrhe ulcéré du corps même de l'utérus, et qu'il fallait se borner aux palliatifs. M. Varulland, chargé de lui donner des soins, reconnut enfin un polype énorme et fit appeler Dupuytren : celui-ci reconnut la maladie et proposa l'amputation, qui fut pratiquée avec succès, malgré l'opinion de Boyer, qui reconnut alors le polype, mais qui fut d'avis qu'il fallait bien se garder d'y toucher. (Dupuytren, *Cliniq. chir.*, t. III, p. 511.)

Obs. 66. — *Polype de l'utérus pris pour un cancer.* — Une femme éprouvant des accidents du côté de la matrice consulta Dupuytren. Le toucher lui fit reconnaître une tumeur pédiculée, naissant du col de l'utérus; il annonça au mari qu'il serait facile de l'enlever, et que, dans peu de temps, sa femme serait guérie. Le mari stupéfait pria Dupuytren de réitérer son examen; cet examen le confirma dans son diagnostic. C'est alors que le mari lui dit qu'après avoir consulté un des chirurgiens les plus distingués de la capitale, celui-ci lui avait dit, après l'avoir touchée, qu'elle était atteinte d'une affection cancéreuse, et qu'elle n'avait pas

trois mois à vivre. « Une autorité aussi imposante, » dit Dupuytren, me fit craindre, je l'avoue, » quelque erreur de ma part; je me livrai à un troi- » sième examen, avec plus de soin peut-être qu'au- » paravant; mais tout me démontra la justesse de » mon diagnostic, et je proposai encore l'opéra- » tion comme un moyen prompt et facile de guéri- » son; elle fut acceptée avec empressement, et, » au bout de quinze jours, la guérison était par- » faite. » (Dupuytren, *Clin. chir.*, t. III, p. 463.)

Obs. 67.—*Polype de l'utérus pris pour une hydropisie enkystée, pour une hypertrophie de l'utérus.*—Dupuytren raconte qu'on lui présenta la femme du concierge du Conservatoire des arts et métiers, portant une tumeur dans le bassin. Au premier examen, il crut avoir affaire à une hydropisie enkystée, ensuite à une énorme hypertrophie de la matrice. C'était un polype volumineux qui occupait toute la cavité de l'utérus qu'il avait extraordinairement agrandie, et celui-ci remplissait exactement toute la cavité du bassin. (Dupuytren, *Clinique chirurg.*, t. III, p. 461.)

Obs. 68.—*Polypes pris pour descentes de matrice avec renversement.* Levret rapporte trois observations communiquées à l'Académie, dans lesquelles la figure piriforme d'un polype le fit prendre pour un utérus par des chirurgiens qui crurent avoir enlevé la matrice. (*Mém. acad. chir.*, t. III, p. 520 et suiv.)

Obs. 69. — Hoin père, dans un cas de polype sorti hors de la vulve, et qui fut extirpé en partie par la ligature, pensa que l'on avait enlevé la matrice; car la tumeur était creusée d'une cavité: cependant la malade eut, trois ans après, une fausse couche. (*L. c.*, p. 524.)

Obs. 70.—*Renversement de l'utérus pris pour une môle.*—Une dame, à son premier accouchement, fut délivrée par une sage-femme qui tira le cordon avec assez de force. Un chirurgien, appelé pour des douleurs ressenties par la malade, crut reconnaître une môle, saisit une masse charnue, et s'efforça pendant près d'une demi-heure de la faire sortir. Il essaya alors d'avoir en détail la masse qu'il n'avait pu avoir tout entière, et il en déchira quelques portions avec les ongles. Les assistants, émus par les cris de la malade, ne le laissèrent pas continuer. Le lendemain, Hoin ayant été appelé, trouva la malade avec de la fièvre, une suppression de lochies, et reconnut un renversement de la matrice. La réduction, préparée par les saignées, etc., fut opérée le lendemain, et la malade obtint la guérison, quoique un peu lentement, en raison de la suppuration des parties déchirées. (*Méd. acad. chir.*, t. III, p. 382.)

Obs. 71.—*Renversement de matrice pris pour un corps étranger. Ligature. Mort.*—Une femme de 70 ans, qui n'avait pas eu d'enfants depuis l'âge de 40 ans, rendit, après de vives douleurs, une grosse masse de chair. Le lendemain, une sage-femme ayant introduit sa main dans la matrice, y sentit un corps qu'elle ne put tirer, mais qui vint ensuite de lui-même se présenter à l'orifice du vagin. Goulard pensa que c'était la matrice renversée; mais d'autres chirurgiens, remarquant des fibres déchirées à la surface de ce corps, furent d'avis que c'était encore un corps étranger. Peu à peu ce corps s'étant alongé, on y appliqua une ligature, qu'on serra tous les jours. La femme mourut le dix-septième jour de la ligature, sans beaucoup de douleurs. Ledran reconnut à l'autopsie que l'opinion de Goulard était vraie. (*Mém. acad. de chir.*, t. III, p. 378.)

Obs. 72. — *Polype de l'utérus extirpé dans la croyance que c'était la matrice.*—Collin, chirurgien de Nancy, enleva à une fille de 38 ans une tumeur pendante hors des grandes lèvres, et qu'il prit pour la matrice. Ce qui contribua à le jeter dans l'erreur, ce fut une fente qui lui parut être l'orifice distinct de ce viscère. La décision de l'académie de chirurgie, qui reconnut que c'était un polype, put à peine lui ôter cette idée.

Obs. 73. — *Hernie vaginale prise pour une chute du vagin.* — Gunz rapporte qu'une femme eut dans le vagin, à la suite d'un accouchement difficile, une tumeur qui fut prise par plusieurs chirurgiens pour une chute du vagin. M. Lemaire, chirurgien de Strasbourg, reconnut l'existence d'une entérocèle vaginale, et la maintint réduite à l'aide d'un pessaire. (*Arch.*, 2e série, VI, 70.)

Obs. 74.—*Hémorrhoïdes internes prises pour un cancer de l'utérus.* — Cockburn rapporte qu'une dame souffrait tellement quand elle avait commerce avec son mari, qu'elle ne pouvait en supporter les approches. On la traita pour une affection utérine, jusqu'à ce qu'un examen plus attentif ayant convaincu qu'il n'en était rien, on découvrit des hémorrhoïdes internes qui, comprimées pendant le coït, étaient la cause de la douleur, qui cessa par leur guérison. (*Essai d'Edimbourg*, t. II, p. 425.)

Obs. 75. — *Pierre dans le scrotum prise pour un sarcocèle.* — Pierceau, chirurgien de marine, extirpa une tumeur du scrotum, qui d'abord prise pour un troisième testicule, fut regardée par lui comme squirrheuse. Pendant l'opération, il aperçut un canal de communication de la tumeur à l'urètre. Dans la masse extirpée était une pierre du poids de deux onces, un gros. Le malade avait reçu, six ans auparavant, un coup de pied qui probablement avait déchiré l'urètre et permis l'infiltration de l'urine et les dépôts de couches calcaires dans le scrotum. (*Acad. chir.*, t. III, p. 346.)

Obs. 76. — *Calcul urétral très-volumineux pris pour un sarcocèle.* — Valadé, âgé de 68 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1830, pour une tumeur située dans la partie gauche du scrotum. Cette

tumeur fut considérée comme un carcinome du testicule. A l'autopsie, on trouva une tumeur dure, du volume du poing, développée aux dépens de la peau du pénis, offrant en arrière une ouverture fistuleuse, et en avant deux petits corps qui sont les testicules atrophiés (l'un d'eux aura été pris pendant la vie pour l'épididyme); les portions prostatique, membraneuse et bulbeuse sont saines, libres, sans rétrécissement, dans l'état normal; la portion spongieuse l'est aussi dans l'étendue de quatre pouces en arrière du gland : mais dans ce point, qui correspond à la cloison des dartos, est une ouverture de huit à dix lignes de diamètre, à circonférence lisse et polie, établissant la communication entre l'urètre et un vaste kyste, formé par du tissu cellulaire induré et épaissi, doublé d'une membrane lisse, qui se continue sans ligne de démarcation avec la membrane muqueuse de l'urètre; dans ce kyste se trouve un calcul plus gros qu'un œuf de poule, jaunâtre et dense. Le point du calcul, qui correspond à l'ouverture, n'est pas lisse ou creusé en gouttière, comme cela a été observé.

Obs. 77.— *Poche résultant de la cicatrice d'une rupture de l'urètre, simulant une hernie périnéale.* — On a vu l'urètre se rompre dans la partie membraneuse, se réunir par une espèce de poche formée de fausses membranes, et l'individu guérir en présentant des symptômes d'une hernie périnéale. (Jobert. *Thèse* 1828, p. 48.)

Obs. 78.— *Luxation spontanée, prise pour une luxation ordinaire.*— Un enfant eut, à la suite d'une chute, les symptômes d'une affection de la hanche du côté droit. Le membre de ce côté se raccourcit; la pointe du pied se dévia en dedans. Un empirique regarda la maladie comme une luxation, tenta la réduction et appliqua un appareil. Quelque temps après, le malade ayant essayé de marcher par son conseil, éprouva autant de difficultés et des douleurs aussi vives que jamais. Il succomba aux progrès de l'affection : les os étaient cariés. (Sabatier, *Mém. acad. chir.*, t. V, p. 793.)

Obs. 79.— *Fracture du bassin, prise pour une fracture du fémur.* — Un homme de 43 ans se jette de son grenier dans la rue. La cuisse est déviée et raccourcie, on diagnostique une fracture du col du fémur. A l'autopsie on reconnaît une fracture du bassin, enfoncement de la cavité cotyloïde avec passage de la tête du fémur à travers. (Journal de Leroux, v. 17, p. 273.)

Obs. 80. — *Fracture de l'os iliaque, simulant une luxation du fémur en bas et en avant.* — M. Larrey présente à l'Académie de médecine un militaire guéri d'une fracture de la branche horizontale du pubis et probablement de la branche ascendante de l'ischion du même côté. Le renversement de l'os coxal en dehors, l'élongation du membre simulaient, dit M. Larrey, une luxation du fémur en bas et en dedans. (*Archives*, t. XII, p. 138.)

Obs. 81. — *Cancer encéphaloïde pris pour un engorgement glanduleux.* — Une tumeur de l'aisselle, fluctuante, n'offrant pas le moindre battement, mais s'accompagnant de douleurs intolérables, avait acquis en cinq mois le volume d'une tête de veau et était entourée de veines variqueuses. Considérée comme un engorgement glanduleux, elle fut traitée d'abord par les résolutifs, puis par les émollients; ce qui ne l'arrêta pas dans sa marche. Une ponction exploratrice, faite dans le but de savoir la nature de la tumeur, donna issue à du sang noirâtre. Quelques jours après, une partie de la peau se mortifia, et le malade succomba peu après à l'affaiblissement produit par un écoulement continuel de sang et de sérosité noirâtres. La tumeur était formée par un tissu spongieux analogue au placenta humain. Mille vaisseaux dilatés lui fournissaient du sang. Il n'y avait pas de glandes malades. (Scarpa, *de l'anévrisme*, p. 135.)

Obs. 82. — Une femme, de 46 ans, portait depuis plusieurs mois, à la partie externe de la jambe, une tumeur acuminée, molle et fluctuante dans son étendue. La malade souffrait beaucoup, et avait des sueurs et de la diarrhée. A l'ouverture de la tumeur, au lieu de pus, il sort un peu de mucosité; et des fongosités viennent chaque jour à l'orifice de la plaie remplacer celles qu'on détruit par les caustiques jusqu'à la mort de la malade. On trouva une tumeur mollasse, comme graisseuse; les os étaient dénudés, les muscles dégénérés. (*Essais d'Édimbourg*, t. I, p. 279.)

Obs. 83. — *Ostéo-sarcôme pris pour un abcès.*— Un canonnier, déjà âgé, était entré à l'hôpital pour une petite tumeur qui était survenue depuis une quinzaine de jours à la plante du pied, et qu'il attribuait à un petit gravier qui se trouvait dans son soulier et qui l'avait blessé. Le chirurgien-major, croyant qu'elle contenait du pus, y plongea un bistouri, qui donna seulement issue à un peu de sang noir. Les progrès de la maladie montrèrent un ostéo-sarcôme des os du pied. (Briot, *Histoire des progrès de la chirurg. militaire*, p. 299.)

Obs. 84.—*Pustule maligne prise pour une érysipèle.* — En 1791, quatre bouchers et la femme de l'un d'eux achetèrent à Mont-Rouge, près Paris, un bœuf mort du charbon, l'habillèrent et le divisèrent par morceaux, qu'ils introduisirent furtivement dans la capitale. Cette viande fut vendue à l'Apport-Paris, et les porsonnes qui en mangèrent ne furent point incommodées; mais au bout de deux ou trois jours, deux des trois bouchers furent attaqués de la pustule maligne. Cette maladie se manifesta entre le menton et l'angle de la mâchoire par un petit bouton surmonté d'une phlyctène. Un *médecin* et un *chirurgien* furent appelés, prirent la maladie pour une érysipèle et saignèrent du bras et du pied les deux malades, qui périrent en trois jours. (Boyer, t. II, p. 82.)

Obs. 85.—*Kyste de l'orbite pris pour une tumeur cancéreuse.* — M. Richerand raconte qu'un cordonnier, âgé de 45 ans, avait l'œil gauche saillant et presque chassé de l'orbite. L'exophthalmie était survenue lentement et avec douleur, mais sans inflammation. L'œil était chassé de l'orbite par une tumeur dure, siégeant entre le globe de l'œil et la paroi interne de l'orbite. Plusieurs praticiens distingués de la capitale l'avaient considérée comme carcinomateuse. La vision était abolie. M. Richerand, fort de l'opinion de ces hommes habiles, quoique doutant lui-même, proposa l'extirpation de ce prétendu carcinome. La commissure externe des paupières ayant été agrandie, et la conjonctive palpébrale séparée de la conjonctive oculaire par une incision, il plongea le bistouri dans la tumeur avant de continuer l'opération. L'écoulement d'une humeur albumineuse fit reconnaître un kyste qui fut vidé. Ses parois s'agglutinèrent, et la guérison fut complète. (Richerand, 5e édit., t. III, p. 199.)

Obs. 86.—*Kyste de la mamelle pris pour un cancer.*—M. Cruveilhier rapporte l'histoire d'une tumeur enkystée séreuse, développée dans l'épaisseur de la glande mammaire, qui fut prise par un praticien distingué pour une tumeur squirrheuse. « Pendant qu'on cherchait, dit-il, à isoler de tout » côté cette prétendue glande, le kyste est ouvert; » la sérosité s'écoule; un peu de charpie intro- » duite dans le kyste en amène l'inflammation et » l'adhérence. » (Sabatier. Édit. Sanson et Bégin, t. III, p. 90.)

Obs. 87.— *Lipôme situé entre le vagin et le rectum pris pour un cancer.*— Une femme d'environ 40 ans avait une tumeur qui, sortant de la vulve, remplissait l'intervalle des grandes lèvres, était alongée et cylindrique. Quelques ulcérations de sa partie inférieure l'avaient fait prendre pour un cancer par des chirurgiens habiles, qui furent trompés en outre par des pertes en blanc continuelles et très-abondantes, et par un écoulement de sang si considérable qu'il n'y avait que peu d'intervalle entre les époques des règles. Pelletan reconnut une tumeur graisseuse enkystée mobile, située entre le rectum et le vagin qui étaient sains; il l'extirpa, et guérit la malade. (Pelletan. *Clinique chirur.*, t. I, p. 203.)

Obs. 88. — *Tumeur formée par la dilatation de l'uretère prise pour une hydropisie enkystée de l'ovaire.* — Desgranges rapporte, dans le t. XCII du *Journal de Médecine*, l'observation d'une dame qui portait dans la région iliaque gauche une tumeur qui d'abord peu élevée et peu évasée, sans fluctuation, offrit au bout de quelque temps ce phénomène et prit de l'étendue. On la prit pour un kyste de l'ovaire. Le traitement ne calma point les souffrances auxquelles la malade était en proie. La tumeur offrit quelques alternatives d'augmentation et de diminution. Parfois aussi il y eut un peu de gêne dans l'excrétion des urines. A la mort qui survint 5 ans après l'apparition de la tumeur, on trouva qu'elle était formée par l'uretère dilaté dans ses deux tiers supérieurs en forme de poche et du volume d'une boule à jouer, épaissie et contenant du pus, du mucus et de l'urine que l'on faisait couler dans la vessie par la pression, malgré la présence d'un repli valvulaire à l'intérieur du conduit au niveau de la symphyse sacro-iliaque. (*Boyer*, t. VIII, p. 554.)

Obs. 89. — *Poche résultant de la dilatation de l'uretère, prise pour un abcès froid. Ouverture. Mort.*— Un homme de 43 ans qui ne s'était jamais plaint de difficulté d'uriner ni de douleurs de reins, entra à la Charité pour une contusion. Cet homme, qui portait un squirrhe du testicule gauche, éprouvait dans la région iliaque du même côté une douleur sourde. On y sentait une tumeur que Boyer attribua d'abord à l'engorgement du tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux spermatiques; mais qui ayant ensuite, malgré les cataplasmes, augmenté dans l'espace de trois mois, au point d'offrir de la fluctuation, de remplir la fosse iliaque et de s'étendre jusqu'auprès des dernières fausses côtes; qui, ne diminuant pas de volume par la pression et ne s'accompagnant d'aucun symptôme du côté des voies urinaires, fut regardé comme un abcès froid. La ponction en fit sortir, au lieu de pus, trois livres d'urine. La plaie se referma, mais l'ouverture d'une nouvelle ponction resta fistuleuse et le malade ne tarda pas à succomber. La fistule communiquait avec l'uretère énormément dilaté; sa partie moyenne très-rétrécie, au contraire, à la partie inférieure. (*Boyer*, t. VIII, p 559.)

Obs. 90. — *Cancer du sein pris pour une hydatide.* — Une femme était affectée d'une tumeur assez volumineuse du sein. Dupuytren pensant que c'était un squirrhe voulut en faire l'extirpation. Au premier coup de bistouri il s'écoula une grande quantité de sérosité transparente. L'opérateur reconnut alors l'erreur du diagnostic et crut avoir affaire à une hydatide. Il fit donc un pansement simple après l'écoulement de la sérosité, mais bientôt après une hémorrhagie abondante se manifesta. Dupuytren agrandit l'ouverture, reconnut une tumeur du genre de celle qu'il appelait fongus hématode, en fit l'extirpation à deux reprises différentes, et la malade guérit. (*Leçons orales*, t. IV, p. 56.)

Obs. 91. — *Rétraction de l'aponévrose palmaire prise pour une rétraction des fléchisseurs.* — M. L. voulant soulever une pièce de vin sentit un craquement et une douleur légère à la partie interne de la paume de la main. Quelque temps après il s'aperçut que le doigt annulaire se rétractait. — La rétraction alla toujours croissant de telle sorte que le petit doigt et l'annulaire étaient fortement fléchis sur la paume de la main dont la peau était

rétractée. Ayant alors consulté plusieurs médecins, tous furent d'avis que la maladie siégeait dans les fléchisseurs des doigts rétractés et qu'il n'y avait d'autre moyen que de couper les tendons. M. Mailly consulté l'envoya à Dupuytren qui reconnaissant une rétraction de l'aponévrose palmaire y remédia facilement par des incisions habilement ménagées. (Dupuytren, *clinique chir.*, t. I, p. 13.)

Obs. 92. — *Engorgement simple du testicule pris pour des cancers.* — M. F..., âgé de 40 ans, vit, trois mois après son mariage, ses deux testicules se gonfler par degrés, sans douleur et sans inflammation. M. Richerand conseilla le repos et les émollients; les testicules revinrent à leur premier état. Mais au bout d'un mois ils se tuméfièrent de nouveau, et devinrent plus durs, sans causer de douleur cependant. M. Dubois, consulté, ne dissimula point que l'amputation était le seul remède efficace; c'était aussi l'opinion de M. Richerand. Cependant, conservant quelque espoir de résoudre cet engorgement, on soumit le malade aux frictions mercurielles jusqu'à la salivation. On fit en même temps des applications locales; la salivation dura un mois entier, et deux mois de traitement amenèrent une guérison radicale. (Richerand, *nosogr. chir.*, t. IV, p. 419, cinquième édition.)

Obs. 93. *Cancer du cordon spermatique, pris pour une hernie. Ouverture.* — Pott fut consulté par un homme de 30 ans, pour une tumeur du cordon spermatique, tumeur circonscrite dure, douloureuse pendant long-temps après avoir été maniée. Le testicule était loin. Il conseilla un suspensoir et quelques révulsifs. Un mois après, il lui raconta qu'ayant consulté un *docteur herniaire*, celui-ci lui avait appliqué un bandage avec un remède extérieur; que la douleur et l'enflure ayant beaucoup augmenté, son docteur lui avait appliqué un emplâtre, et quelques jours après, avait fait une ouverture à la tumeur, ouverture qui n'avait donné issue qu'à du sang, et qu'enfin pendant plusieurs jours, il avait pansé l'ulcère avec le précipité rouge.

Cet ulcère était véritablement cancéreux, l'altération du cordon ne permettait pas de songer à l'opération.

La maladie fit des progrès effrayants, qui enlevèrent bientôt le malade. (Pott. *OEuv. chir.*, t. II, p. 241.)

Obs. 94. — *Fracture de l'humérus près des condyles, pris pour une luxation.* — Une jeune fille de 15 ans se fit en tombant sur le coude une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus près des condyles. Dupuytren appelé fit la réduction; mais les os se déplacèrent de nouveau. Un autre chirurgien alors consulté, prononça qu'il y avait une luxation qui s'était reproduite malgré la réduction. Il refit cette réduction et appliqua en conséquence le traitement des luxations. Dupuytren, ayant examiné trois mois après le coude de la jeune fille qui était morte d'une maladie aiguë, reconnut la fracture que nous avons mentionnée; il y avait un cal très-difforme dû à la reproduction du déplacement. (*Gaz. méd.* 1833, p. 103.)

Obs. 95. — *Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus prise pour une luxation de l'avant-bras en arrière.* — On amena à Dupuytren un enfant qui avait fait une chute un mois auparavant. Un médecin appelé à cette époque avait cru reconnaître tous les symptômes d'une luxation de l'avant-bras en arrière. La réduction avait été faite et suivie de beaucoup de soulagement; puis, le déplacement s'étant reproduit, un gonflement énorme s'était opposé à ce que la seconde réduction fût parfaite. Plus tard le gonflement avait disparu; mais il restait une difformité qui accusait une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus vicieusement consolidée. (*Gaz. méd.*, 1833, p. 102.)

Obs. 96. — *Tumeur sanguine de la paume de la main prise pour un lipôme.* — Un serrurier, âgé de 18 ans, portait dans la paume de la main droite, à la base du pouce, une tumeur du volume d'un œuf de poule, aplatie, mollasse au toucher, sans pulsations apparentes et sans changement de couleur à la peau. Dupuytren crut avoir affaire à un lipôme, bien que le malade assurât qu'il portait cette tumeur dès son enfance et qu'elle disparaissait dans certaines circonstances. L'incision faite sur la tumeur laissa aussitôt jaillir le sang avec force. On arrêta l'écoulement par la compression des artères de l'avant-bras, et la poche de la tumeur, qui était une *espèce d'éponge constituée* par du tissu cellulaire, des artères et des veines dilatées, fut enlevée. Le malade guérit de cette tumeur sanguine, après avoir été en butte d'abord à des hémorrhagies répétées, et plus tard à des fusées de pus dans les gaînes des tendons. (Rognetta, *Gaz. méd.*, 1834, p. 210.)

Obs. 97. — *Hernie prise pour une hydrocèle.* — Un homme avait une hernie ancienne et réductible. S'étant un jour heurté contre le pommeau de sa selle dans une secousse que lui fit éprouver un cheval fougueux, la tumeur devint gonflée et douloureuse. Un chirurgien la prit pour une hydrocèle et l'ouvrit. Il en sortit un liquide brun, sanieux et fétide. Cinq jours après Pott fut consulté. Le scrotum était enflammé; il y avait de la fièvre. Ces complications combattues, il ouvrit le scrotum, reconnut l'épiploon en partie putréfié. Le malade guérit, après avoir eu beaucoup d'abcès dus à sa résistance à ce que le sac fût ouvert dans toute sa longueur. (Pott, t. I, p. 329.)

Obs. 98. — *Tumeur sanguine prise pour une hernie. Opération.* — Un journalier s'aperçut, après avoir fait une chute, d'une tumeur dans l'aîne. La tumeur paraissait occuper tout le cordon spermatique tellement enflé qu'on ne pouvait sentir son pas-

sage à travers l'anneau inguinal. Le testicule était sain et placé au-dessous. Ces circonstances et la suppression des selles, pendant deux jours, firent croire à Freke qu'il avait affaire à une hernie. Après quelques tentatives de réduction, l'opération fut commencée. Arrivé sur une poche qu'il prit pour le sac herniaire, il voulut faire rentrer l'intestin sans ouvrir le sac. Les premières tentatives étant inutiles, il ne se découragea pas; il incisa l'anneau inguinal, et fit en vain tous ses efforts pour réduire l'intestin. Il fut donc forcé d'ouvrir la membrane contenante; il en sortit une grande quantité de sang. La tumeur s'affaissa, laissant le cordon libre, et ne renfermant ni intestin, ni épiploon. La guérison eut lieu en peu de jours. (Pott, *OEuv. chir.*, t. II, p. 161.)

Obs. 99. — *Amaurose prise pour une cataracte noire.* — Dupuytren racontait souvent que Pelletan et Giraud, croyant trouver une cataracte noire, le prièrent de l'examiner. Celui-ci ne reconnut autre chose qu'une amaurose; cependant Pelletan et Giraud, persistant dans leur opinion, songèrent à pratiquer l'opération. L'extraction fut faite, le cristallin était parfaitement sain. Il ne survint aucun accident, mais le malade ne recouvra pas la vue, la rétine étant paralysée. (*Clinique de Dupuytren*, t. I, p. 38.)

§ III. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'une maladie manque de ses symptômes propres et présente ceux d'une autre.*

Les causes d'erreur de ce genre ne sont pas très-rares; c'est surtout à l'occasion des tumeurs anévrismales que la méprise a été faite, et souvent les malades ont payé de leur vie la faute du chirurgien. On ne saurait donc apporter trop de soin à l'examen d'une tumeur placée au voisinage d'une artère; le commémoratif est d'ailleurs ici la condition essentielle du diagnostic.

Obs. 100. *Cataracte noire prise pour une amaurose.*

M. Tonnelier avait perdu la vue, il avait été traité par plusieurs oculistes de la capitale qui avaient regardé sa maladie comme une paralysie du nerf optique. Après avoir épuisé tous les remèdes possibles pendant un espace de temps assez considérable, le malade eut recours à Wenzel père, qui reconnut deux cataractes noires, et pratiqua l'opération, par le fait de laquelle la vue se rétablit parfaitement. (Wenzel, p. 41, 5e observat.)

Obs. 101. *Anévrisme pris pour un abcès.*

Une fille de dix ans et demi eut une fièxre *ataxo adynamique*, à la suite de laquelle parurent successivement trois dépôts, l'un à la nuque, l'autre au milieu du dos, le troisième sur le sacrum. Alors seulement les parents s'aperçurent d'une tumeur qui existait à la partie antérieure et supérieure du thorax, s'étendant jusque sur le côté gauche du cou. Un étudiant en médecine qui pansait la malade, apprit que deux jours auparavant, elle avait porté souvent la main dans ce lieu, en se plaignant. Il reconnut alors un léger gonflement; la tumeur parut s'étendre de bas en haut, de la deuxième côte gauche à l'apophyse mastoïde; elle était conoïde, fluctuante, sans changements de couleur à la peau, ni augmentation de chaleur, ne diminuant pas par la pression, ne causant pas beaucoup de douleur et n'offrant aucun battement. Le jeune homme ne doutant pas que ce ne fût un quatrième abcès, crut qu'il était urgent de l'ouvrir. L'incision donna issue à un jet de sang noir qui ne s'arrêta qu'à l'entière évacuation du foyer. Croyant alors avoir affaire à un kyste, l'opérateur poussa une liqueur légèrement excitante dans la poche, puis exécuta une compression, qui devait selon lui déterminer l'adhérence des parois du kyste. D'abord aucun accident : pendant la nuit, malgré le tamponnement, du sang imbiba les pièces de l'appareil et on trouva le foyer distendu comme la veille. Dupuytren appelé, reconnut alors la maladie et se prononça contre toute opération. M. Breschet qui vit aussi la malade reconnut, d'après quelques légères pulsations, que la tumeur était formée par du sang artériel. La malade mourut quelques jours après, la tumeur n'ayant fait qu'augmenter. On trouva que la tumeur formée des deux portions, l'une extérieure, l'autre contenue dans la poitrine, communiquant ensemble par le moyen d'une perforation du sternum, était due à l'issue du sang à travers une perforation d'une ligne environ de la face antérieure de l'aorte. (Breschet, trad. d'Hogdson, t. I, p. 131.)

Obs. 102. *Anévrisme pris pour un abcès par Dupuytren.*

Une femme de 66 ans, après des tractions exercées sur le membre supérieur, dans le but de réduire une luxation qui probablement n'existait pas, eut un engorgement de tout ce membre. Bientôt elle se plaignit d'une grosseur sous le creux de l'aisselle. La tumeur occupait la partie antérieure du grand pectoral, tenait le bras éloigné du corps, offrait une fluctuation manifeste sans changement de couleur à la peau, et sans battements appréciables. Dupuytren crut avoir affaire à un abcès. Le volume de la tumeur et la grande quantité de pus qui devait y être renfermée déterminèrent à ne faire qu'une ponction pour l'évacuer graduellement. Au lieu de pus, il sortit un jet de sang vermeil que l'on arrêta facilement avec le doigt, et la tumeur fut couverte de diachylon et comprimée. Pelletan, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, s'opposa à la ligature de l'artère sous-clavière entre les scalènes proposée par Dupuytren. La femme soumise au traitement de Valsalva mourut quelques jours après d'une hémorrhagie déterminée par la gangrène de la surface de la tumeur. (Pelletan, *clin.*

chir., t. II, p. 83. Sabatier, Sanson et Begin, 1824, p. 131.)

Obs. 103. — *Anévrisme faux pris pour un abcès.* L'artère fut piquée dans une saignée du bras. Celui qui l'avait ouverte méconnut cette blessure et pansa le malade comme si la veine seule eût été ouverte. Quelques jours après il se manifesta au coude une tumeur qui acquit en vingt jours le volume d'une pomme. Un chirurgien, l'ayant prise pour un abcès, y fit une ouverture qui donna issue à une quantité de sang peu considérable, parce que sans doute il fut retenu par quelques caillots. Trois jours après, il parut une forte hémorrhagie qui se reproduisit les jours suivants. Valsalva l'arrêta par la ligature. (Morgagni. *De sed. et caus. epist.* IV. § 7.)

Obs. 104. — *Anévrisme pris pour un abcès.*

Un homme portait deux tumeurs à la cuisse, l'une située vers la fin du muscle triceps, l'autre, deux tiers de doigt au-dessus du condyle interne du fémur. Ces deux tumeurs étaient peu douloureuses, sans changements de couleur à la peau et fluctuantes. Les cataplasmes dont on les avait recouvertes, dans le but de favoriser la suppuration, n'avaient fait que favoriser leur accroissement. La jambe et le pied étaient œdémateux. Paletta les incisa, mais voyant le tissu cellulaire gorgé de sang, il suspendit l'incision, bien qu'il n'y sentît ni pulsation, ni frémissement. Mais le malade succomba le troisième jour, avec un accroissement de douleur, de l'anxiété et des syncopes. L'artère crurale était ouverte sur sa face antérieure au moment où elle est arrivée derrière le fémur. Les tumeurs étaient formées par l'extravasation du sang. (Scarpa. *Anévrisme*, p. 174.)

Obs. 105. — *Anévrisme pris pour un abcès ; ouverture ; guérison.*

On ouvrit à un cocher un anévrisme poplité qui fut pris pour un abcès. L'hémorrhagie violente qui survint fut suspendue par une forte compression; la plaie du jarret suppura et le malade guérit par oblitération de l'artère, comme le démontra la dissection du membre faite à la mort du sujet, qui eut lieu cinq ans après, par toute autre cause. (Guattani. 4e observ. citée par Scarpa sur l'anévrisme, p. 156.)

Obs. 106. — *Anévrisme pris pour un abcès.*

On lit dans la *Nosographie* de M. Richerand que Ferrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, « croyant ouvrir un abcès de l'aisselle, plongea son » bistouri dans un anévrisme de l'aisselle et tua le » malade. J'ai été moi-même témoin de semblables » erreurs, commises par des praticiens non moins » fameux. » (Richerand. *Nosograph. chirurg.*, cinquième édition, t. IV, p. 199.)

Obs. 107. — *Anévrisme pris pour un abcès.*

Desault fut consulté pour un anévrisme faux consécutif qu'un enfant de six ans portait au pli du bras. On allait l'ouvrir comme un abcès et on l'avait traité jusque-là par les maturatifs; l'enfant fut guérie par la compression continuée pendant un an. (*Journal de Desault*, t. II, p. 36.)

Obs. 108.—*Anévrisme pris pour un abcès.*

Quand les battements de l'anévrisme ne sont plus perceptibles et qu'il présente des signes d'inflammation, on a pu prendre l'anévrisme pour un bubon. Un cas de ce genre est arrivé en 1812, à l'hôpital des vénériens. L'interne, croyant avoir affaire à une collection de pus fit l'ouverture de la tumeur. L'hémorrhagie qui survint fut arrêtée par le tamponnement qui produisit l'oblitération de l'artère. (*Thèse de Paris*. 1829, n° 170, p. 18.)

Obs. 109. — *Tumeur anévrismale prise pour un abcès.*

Une femme avait été opérée d'un cancer au sein. Au-dessus et près de l'angle externe de la cicatrice, il se forma une tumeur dure et sans changement de couleur à la peau; on n'y sentait ni battements ni ondulations. Au bout de quelque temps, elle devint très-douloureuse et on y sentit de la fluctuation. Desault l'incisa. Au lieu de pus, il sortit des caillots et du sang qui ne s'arrêta que par la compression de l'artère axillaire, puis par la ligature de celle des artères thoraciques qui avait été le siége de la tumeur. Cinquante-deux jours après, la malade succomba à l'affaiblissement résultat des hémorrhagies qui survinrent. (M. A. Petit, *Journ. de Desault*, t. II, p. 75.)

Obs. 110. — *Anévrisme de l'artère fessière, pris pour un abcès.*

Une tumeur siégeant à la fesse, au niveau de l'échancrure sciatique, n'offrant point de battements, fut prise pour un abcès et ouverte : c'était une tumeur anévrismale qui provenait de l'artère fessière. White remédia à cet accident, et sauva le malade par la ligature de l'artère iliaque externe. (*J. Progrès*, année 1828, t. IX, p. 264.)

Obs. 111.—*Anévrisme guéri pris pour une exostose.*

Des caillots en se condensant avaient amené la guérison d'un anévrisme ; la tumeur fut prise pour une exostose du fémur et l'amputation du membre pratiquée à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres. (*Dict.* en 25 vol., t. III, p. 30.)

Obs. 112. — *Anévrisme occupant la cavité abdominale traité comme un rhumatisme et pour un abcès des lombes.*

Un ancien militaire avait une douleur de rein qui, disait-il, se déplaçait. Il fut traité comme pour un rhumatisme. Après un mois et plus de traitements infructueux, il se manifesta dans la région iliaque droite le long du muscle psoas une tumeur ovale, mal circonscrite, qui offrait une fluctuation manifeste. D'après les commémoratifs et une gibbosité des vertèbres des lombes, il était facile de prendre la tumeur pour un abcès dépendant d'une carie vertébrale dont on faisait remonter la cause à une maladie vénérienne, que la malade avait eue plusieurs années auparavant. Mais

des pulsations s'étant manifestées et ayant augmenté de jour en jour, l'anévrisme fut reconnu avant la mort. L'autopsie montra une tumeur anévrismale énorme, qui, ouverte par sa partie postérieure, avait détruit le corps de quatre vertèbres. (Pelletan, *Clin. Chirurg.*, t. I, p. 97.)

Obs. 113. — *Anévrisme pris pour une hernie.*

Un paysan, âgé de 50 ans, portait depuis trois ans une tumeur à l'aîne qui avait paru à la suite d'un effort pour soulever et transporter un poids considérable. Cette tumeur, quand elle se manifesta, avait, dit le malade, le volume d'un œuf, et peu à peu avait acquis celui de la tête d'un enfant et était devenue douloureuse. Mayer la voyant placée dans le siége de la hernie crurale la crut telle, et n'ayant pu en faire la réduction, entreprit l'opération en présence du docteur Blumenthal. Après avoir incisé les téguments, il ouvrit avec précaution l'aponévrose *fascialata*, qu'il trouva fort tendue. Le sang jaillit comme d'une source. Remarquant alors qu'il y avait une véritable pulsation, il reconnut un anévrisme, arrêta le sang par la compression et réduisit en peu de temps l'anévrisme au volume d'une pomme. Le malade put reprendre ses travaux. (Scarpa, *Anévrisme*, p. 339.)

Obs. 114. — *Anévrisme pris pour une autre tumeur.*

Warner raconte avoir ouvert un anévrisme de l'artère poplitée l'ayant pris pour une tumeur de toute autre nature. Il fit aussitôt l'amputation de la cuisse et sauva le malade. (*Philos. transact.*, an 1757, p. 363, cité par Scarpa. *Anévrisme*, p. 162.)

Obs. 115. *Abcès par congestion pris pour une hernie étranglée. — Opération.*

Un homme de 50 ans fendait du bois; tout-à-coup il lui survient à l'aîne du côté droit une tumeur rénitente qui descendait dans les bourses en suivant la direction du conduit spermatique, et s'accompagnait de tension de l'abdomen, de constipation opiniâtre et de vomissement. Les accidents ne cédant point aux moyens ordinaires, l'opération fut pratiquée. La tumeur était formée par une grande quantité de pus séreux contenu dans la tunique celluleuse du cordon. Les accidents diminuèrent, mais le malade succomba aux accidents résultants de l'abcès par congestion. (Briot, *hist. de l'état et des progrès de la chirurgie militaire pendant la révol.*, p. 283.)

Obs. 116.—*Abcès froid pris pour une hernie.*

Un marin soulève un fardeau. Soudain paraît près de l'épine iliaque antérieure et supérieure une tumeur grosse comme un œuf, à deux ou trois travers de doigt plus en dedans. Elle se réduisit en faisant entendre un gargouillement remarquable. Ce signe, le mode de formation de la tumeur, son siége, auraient pu faire croire que c'était une hernie. Le malade mourut en 4 jours d'une pneumonie violente. On trouva une carie superficielle de la dernière vertèbre des lombes, et du sacrum; du pus était accumulé sur le psoas. Ce marin n'avait jamais accusé de douleurs dans la région des lombes. Il venait de faire une campagne pendant laquelle il s'était bien porté. (Miriel. Thèse 1810, n° 77, p. 12.)

Obs. 117. — *Fracture du col du fémur prise pour une luxation.*

A. Paré donnait ses soins à une dame dont une jambe était plus courte que l'autre et dont le grand trochanter du côté malade faisait saillie sur l'os des îles; il crut que la cuisse était luxée; et après avoir fait des extensions suffisantes pour la réduire, il y appliqua le bandage qu'il jugea convenable. Deux jours après la jambe s'était raccourcie de nouveau. Le pied était tourné en dedans. Les efforts qu'il fit à cette seconde fois pour réduire l'os lui firent sentir de la crépitation et connaître le genre de maladie qu'il avait à traiter. (Sabatier. *Mém. acad. chir.*, t. IV, p. 632.)

Obs. 118. — *Fracture du col du fémur prise pour une luxation.*

J. L. Petit, ayant été consulté pour une personne qui avait une fracture au col du fémur, sentit le grand trochanter quatre travers de doigt plus haut qu'il ne devait être, ce qui, joint à ce que la pointe du pied et le genou étaient tournés en dedans, lui fit croire que l'os était luxé en haut et en dehors; mais ayant pris le pied, il en tourna la pointe en dehors sans résistance et reconnut par là qu'il y avait fracture au col du fémur. (*Mal. des os*, t. II, p. 173.)

Obs. 119. — *Contraction musculaire simulant une ankylose.*

La cuisse était maintenue fléchie sur le bassin avec une telle force chez un enfant affecté de coxalgie, que des praticiens habiles crurent à l'existence d'une ankylose. On aurait soulevé tout le corps en appuyant sur le fessier plutôt que de changer les rapports de ces os avec la cavité cotyloïde. Des questions adressées au malade, et qui fixèrent son attention sur un objet étranger à son affection, permirent d'étendre la cuisse avec facilité, jusqu'au moment où s'apercevant de ce mouvement, l'enfant reprit brusquement sa première position. (*Dict. abrégé des sc. méd.*, t. I, p. 604.)

§ IV. *Erreurs de diagnostic provenant de ce que deux maladies existent ensemble.*

La coexistence de deux maladies peut entraîner des erreurs, soit que le chirurgien, reconnaissant l'une des deux maladies, néglige de continuer des recherches qui lui auraient fait diagnostiquer la seconde, soit que l'une des deux affections présente un ensemble de symptômes qui obscurcissent ou masquent entièrement ceux de l'autre, soit enfin que de la combinaison des accidents il résulte un ensemble de signes qui font croire à une troi-

sième maladie différente des deux premières.

La première source d'erreur découle entièrement de l'inattention du chirurgien ; la seconde est bien difficile à éviter : quant à la troisième, on pourra dans quelques cas s'en défendre en ayant égard à ce que les symptômes dus à deux maladies coexistantes s'enchaînent rarement dans l'ordre où on les observe quand ils sont dus à une affection unique ; à ce que dans ces cas obscurs, il y a presque toujours une maladie qui existait depuis assez longtemps.

Obs. 120. — *Abcès entourant un anévrisme, ouverture, mort.*

Un homme fut atteint d'un érysipèle au pied, qui s'étendit successivement à la jambe et au jarret ; l'engorgement qu'il laissa dans cette dernière région, ne se dissipa pas, et se convertit en une tumeur qui parut passer très-lentement à la suppuration. Près de deux ans après, la fluctuation y était manifeste, et il n'y avait pas la moindre pulsation ; on fit une ouverture médiocre au centre de cette tumeur ; il en sortit une certaine quantité de pus. La tumeur ne diminua pas beaucoup de volume, et les choses restèrent dans cet état, pendant les premiers jours ; mais huit jours après, il survint inopinément une hémorrhagie terrible, et le malade expira. La dissection du membre prouva que c'était un anévrisme dont la poche et les caillots qu'elle contenait, avaient été entourés d'un abcès. (Observation de Dehaën rapportée par Boyer, t. 2, p. 110.)

Obs. 121. — *Abcès entourant un anévrisme, ouverture, hémorrhagie, amputation.*

Un jeune homme, traité par la compression d'un anévrisme faux consécutif du pli du bras, était presque guéri quand il voulut sortir de l'hôpital. Quelques mois après il reçut malheureusement un coup de bâton sur la partie interne du bras, d'où résulta en peu de jours un phlegmon tout autour de l'articulation du coude. On ne raconta pas à Volpi à qui le malade fut amené, ce qui s'était passé auparavant. Il ouvrit l'abcès avec le bistouri, précisément dans le lieu où avait existé l'anévrisme. Une grande quantité de pus sortit, puis quand on eut enlevé un caillot de sang qui existait au fond de la plaie, le sang artériel jaillit avec tant de force que, vu l'état du malade, on fut obligé de pratiquer l'amputation du bras. (Scarpa, *Anévrisme*, p. 371.)

Obs. 122. — *Difficulté du diagnostic résultant de la présence de deux hernies du même côté chez une femme.*

Un femme âgée de vingt-six ans, d'un tempérament fort délicat, qui avait eu plusieurs couches très-laborieuses, était incommodée d'une hernie crurale, qui s'étrangla. La tumeur située dans le pli de la cuisse était fort saillante au-dehors et avait la forme d'un gros œuf de poule. Arnaud ouvrit le sac, n'y trouva qu'une très-petite anse d'intestin. Cette disproportion de l'intestin avec le volume de la tumeur excita sa curiosité. Il prolongea l'incision pour la découvrir davantage et il aperçut une autre hernie quatre fois plus grosse qui se portait du côté du pubis. Il ouvrit le sac et y trouva une anse intestinale étranglée par un petit faisceau de fibres tendineuses et non par le ligament de Fallope. Dilatation faite de ces fibres, l'intestin fut repoussé dans le ventre : la malade guérit. (Arnaud, *Mém. de chirurgie*, t. II, p. 605.)

Scarpa qui rapporte ce fait p. 47 du supplément au traité des hernies, pense que le faisceau tendineux dont parle Arnaud était le pilier inférieur de l'anneau, et que de deux hernies l'une était inguinale, l'autre crurale.

Obs. 123.—*Hernie inguinale double du même côté.*

Un homme qui déjà dans son enfance avait été guéri d'une hernie fut opérée d'une hernie nouvelle qu'il portait depuis six ou sept ans et qui s'était étranglée à la suite d'un effort. La tumeur remplissait le scrotum et cachait le testicule. Après l'ouverture du sac, il sortit beaucoup d'eau, on débrida l'anneau et on fit rentrer dans le ventre une anse considérable d'intestin noirâtre qui était en contact avec le testicule. Cependant il restait à l'extérieur de l'anneau, le long du cordon spermatique, une tuméfaction qui, examinée de près, présentait un petit trou d'où sortit une sérosité noirâtre et fétide. Malgré cette circonstance, le malade fut pansé comme à l'ordinaire. Mais la sérosité continua à baigner l'appareil. Les signes de l'étranglement continuèrent, et le malade mourut vingt heures après l'opération. A l'ouverture du cadavre, on trouva la portion de l'intestin réduit, en bon état; mais il existait une autre portion du même intestin, renfermée dans un autre sac herniaire, étranglée par l'anneau du même côté, et complètement gangrénée. Des deux hernies qui sortaient par le même anneau inguinal, l'une était contenue dans un sac particulier, formé par le péritoine; l'autre était formée par la descente des viscères dans la tunique vaginale du testicule. (Wilmer, *practical obs. on hernies*, p. 104, cité par Scarpa. *Traité des hernies*, p. 79.)

Obs. 124. — *Cystocèle existant avec un sarcocèle, prise pour un sarcocèle simple.*

Un pêcheur de la ville de Bâle, qui depuis longtemps portait au côté droit du scrotum une tumeur que l'on croyait être sarcomateuse, fut attaqué subitement d'une rétention d'urine, à laquelle on ne put remédier ni par l'introduction de la sonde dans la vessie, ni par les différents moyens usités en pareil cas. Le ventre se tuméfia, devint douloureux, et le malade qui ne pouvait satisfaire, malgré ses efforts, le besoin très-pressant qu'il avait de rendre ses urines, était dans le plus grand danger. Plater pensa que la tumeur du scrotum était la cause de la rétention d'urine, et qu'il était nécessaire d'en faire

la résection. Les téguments ayant été incisés, la vessie qui formait, sans qu'on le sût, une partie de la tumeur, fut ouverte, et l'urine sortit aussitôt avec impétuosité. Le malade fut soulagé sur-le-champ. Le testicule qui était peu volumineux, mais squirrheux, fut retranché; l'urine s'écoula par la plaie, qui dégénéra en fistule, et le malade survécut plusieurs années à cet accident. (Félix Plater. *Observ. lib.* 3, p. 830.)

Obs. 125. — *Entéro-hydrocèle prise pour une hydrocèle.*

Bell dit que de très-habiles chirurgiens, voulant opérer la cure radicale par le séton, procédé qui heureusement pour les malades ne fut point employé, incisèrent deux hydrocèles qui étaient compliquées de hernies de naissance, on vit en opérant que, si l'on se fût servi du séton, l'intestin et l'épiploon auraient certainement été percés de part en part. (*System of Surgery*, t. I, p. 465.)

Obs. 126.—*Hernie crurale masquée par des ganglions engorgés.*

Else, cité par Scarpa, rapporte qu'une glande inguinale tuméfiée et enflammée lui en a imposé en cachant une petite tumeur herniaire crurale étranglée. A la vérité, il n'avait examiné la maladie qu'une seule fois, et avant que tous les signes de l'étranglement se fussent manifestés. (Scarpa, *supplément au traité des Hernies*, p. 60; Else, *Med. Observ. and inquiries*, vol IV.)

Obs. 127.—*Hernie crurale masquée par des ganglions engorgés.*

Une femme, dit M. Macilwain, vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait dans l'aîne. En examinant la malade, je découvris une glande engorgée et enflammée dans l'endroit qu'occupe habituellement la hernie crurale, ne présentant rien de remarquable qu'une impulsion très-obscure pendant la toux. Je lui ordonnai des cataplasmes, le repos, quelques laxatifs. Au bout de quelques jours, le gonflement de la glande avait diminué et l'on reconnaissait facilement une hernie crurale intestinale. (*Arch.* 2e *série*, t. VI, p. 6.)

Obs. 128. — *Hydrocèle enkystée, masquée par une hernie scrotale.*

Un étudiant en médecine avait une hernie scrotale du côté droit, qui, après être devenue irréductible, finit par s'étrangler. La tumeur, volumineuse, était tendue et avait une position extraordinaire; son fond était très-élevé et paraissait soulevé par un corps qui, situé à sa partie postérieure, ne pouvait être le testicule, puisqu'on sentait distinctement cet organe dans le scrotum. Après l'opération et la réduction de l'intestin contenu dans le sac, il restait au-dehors une tumeur molle, souple, qui renfermait évidemment un liquide; on l'incisa, il en sortit une certaine quantité de sérosité, et on aperçut dans le fond du kyste une substance vésiculaire qui fut soulevée avec des pinces et emportée d'un coup de ciseaux. Il fut clair alors que la hernie était compliquée d'une hydrocèle enkystée du cordon. Le malade fut guéri en six semaines de ses deux maladies. (Scarpa, *des Hernies*, p. 196.)

Obs. 129.—*Tumeur graisseuse prise pour une hernie.*

Un homme de 58 ans portait une tumeur du volume d'une grosse noix au-dessus de l'ombilic, sur le trajet de la ligne blanche. Cet homme fut pris, après nombre d'excès, des symptômes de l'étranglement les plus violents. D'après son rapport, la tumeur qui pouvait *rentrer à volonté* auparavant et *n'avait pas augmenté de volume* depuis son apparition, s'accrut tout-à-coup pendant les vomissements et devint *très-douloureuse au toucher*. On crut à une hernie épiploïque : la tumeur fut mise à nu par une incision; puis on essaya de la réduire, après des débridements faits d'abord sur le feuillet antérieur de l'aponévrose abdominale, puis sur toute l'épaisseur de la paroi du ventre, à l'exception du péritoine; le tout sans qu'on pût faire rentrer la tumeur. Celle-ci, examinée alors avec soin, fut reconnue pour être une tumeur graisseuse extérieure au péritoine. Le malade mourut de la péritonite, cause de tous les symptômes. (Ollivier d'Angers, *note du supplément au Traité des Hernies de Scarpa*, p. 109.)

Obs. 130. — *Tumeur graisseuse de l'ombilic prise pour une hernie étranglée. Opération.*

Une femme portait un peu au-dessous de l'ombilic, au côté gauche de la ligne blanche, une tumeur du volume d'une grosse noix, sans aucun changement de couleur à la peau. Elle fut prise d'une colique violente, de nausées, de suppression de selles, etc. Scarpa procéda à l'opération. Mais, après l'incision des téguments, il ne trouva pas la plus petite trace de sac herniaire. Toute la tumeur consistait en une petite masse de graisse durcie et portée sur un pédicule qui traversait la ligne blanche. Cette masse fut emportée d'un coup de ciseaux; des bains, des lavements, l'huile de ricin, rétablirent le cours des selles et la malade guérit. (Scarpa, *Traité des Hernies*, p. 339.)

Obs. 131. — *Inflammation de glandes inguinales prise pour une hernie étranglée.*

Un homme âgé de 48 ans, portait depuis deux jours à la région inguinale une tumeur marronée, dure et rénitente, qui lui était survenue avec le cortége d'accidents caractéristique d'une hernie inguinale étranglée. La tumeur fut irréductible, malgré la saignée, les bains, etc. Cependant le sixième ou septième jour suivant, des alternatives de bien et de mal, savoir : les vomissements de matières fécales et la constipation d'une part, de l'autre, la suspension des vomissements, et le retour de quelques selles, furent assez prononcés pour faire retarder l'opération. Cependant, le malade s'affaiblissant, les accidents redoublant d'intensité, elle fut pratiquée par M. Briot, assisté de plusieurs médecins. Incision faite des parties superficielles, on arriva

à la tumeur elle-même qui parut formée de deux parties, dont l'une, lisse, tendue et enflammée, ressemblait à une anse d'intestin dans laquelle il y aurait eu des matières fécales durcies; l'autre, flasque et brunâtre, imitait une portion d'épiploon prête à se gangréner. Jusque là tout contribuait à entretenir l'erreur. Mais, le chirurgien étant allé à la recherche de l'anneau inguinal, s'aperçut que cet anneau n'était point dilaté, ne donnait passage à aucune partie sortant du bas-ventre, et que ce qui avait été pris pour une hernie n'était autre chose qu'un engorgement inflammatoire des glandes inguinales, dont quelques-unes étaient en suppuration et d'autres voisines de la gangrène. L'ablation de ces glandes n'empêcha pas le malade de succomber à sa maladie qui était une violente inflammation des gros intestins. (Briot, *Histoire de l'état et des Progrès de la Chirurgie en France, pendant les guerres de la Révolution*, p. 284.)

Obs. 132. —*Rétrécissement squirrheux de l'intestin, glandes inguinales engorgées, symptômes d'étranglement. Opération.*

Un homme de 50 ans avait tous les symptômes de l'étranglement; Scarpa, en explorant l'abdomen, trouva sous l'arcade fémorale du côté gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dure et douloureuse. Le malade étant dans le délire, son épouse apprit à Scarpa que la tumeur, existant depuis plusieurs années, était douloureuse seulement depuis quelques jours, que les selles habituellement difficiles n'avaient plus lieu malgré les purgatifs et les lavements. Il fut procédé de suite à l'opération, mais ce fut en vain que le chirurgien chercha un sac herniaire sous la glande inguinale qui formait la tumeur. Le malade mourut. On trouva un rétrécissement squirrheux de la fin du colon, si considérable qu'on pouvait à peine y introduire une sonde ordinaire. Il n'y avait aucune trace de hernie. (Scarpa, *supplément au traité des hernies*, p. 61.)

Obs. 133. —*Bubon pris pour une hernie.*

Un vieillard de 74 ans, porteur depuis long-temps d'une hernie inguinale droite, est pris de malaise, de vomissements; puis, en-dehors de la hernie, se manifesta une petite tumeur, que le médecin essaya en vain de réduire, après les renseignements du malade. Un chancre au gland fit reconnaître l'erreur. (*Thèse de Paris*, 170, p. 16, 1829.)

Obs. 134. — *Abcès enkysté de l'abdomen pris pour un abcès du foie.*

Bertrandi cite le cas d'un malade qui ayant eu la jaunisse se plaignait d'une tumeur douloureuse qui s'étendait depuis le cartilage xyphoïde jusqu'à la troisième des fausses côtes. Les chirurgiens, d'après la fluctuation et les symptômes, pensaient avoir affaire à un abcès du foie qu'il fallait ouvrir. Le malade refusa. A sa mort qui eut lieu 4 mois après on trouva le foie sain, mais à son bord adhérait un abcès enkysté qui s'étendait jusqu'à l'appendice xyphoïde et au bord droit de l'estomac et renfermait une matière épaisse et jaunâtre venant d'une tumeur ulcérée des glandes qui sont vers le pylore, et dont la couleur, supposé qu'on eût ouvert l'abcès, aurait encore contribué à faire croire que la maladie avait son siége dans le foie. (*Mém. Acad. Chir.*, t. III, p. 499.)

Obs. 135 communiquée par M. Maisonneuve.— Un homme de 40 ans arrive à l'hôpital avec une coloration jaune de la peau, une hypertrophie considérable du foie, une vive douleur dans le flanc, une fièvre vive, et une diarrhée abondante. Il succomba en quelques jours. A l'autopsie on trouve le foie hypertrophié et contenant de vastes poches purulentes, mais on rencontre aussi une hernie inguinale du colon transverse avec gangrène et péritonite générale. On ne l'avait pas soupçonné pendant la vie.

Obs. 136.—*Ascite faisant méconnaître une grossesse.*

Une jeune dame était atteinte d'anasarque et d'ascite. Un médecin très-instruit voulait employer des remèdes actifs contre cette double hydropisie. Morgagni voyant que la dame avait déjà de petits enfants, soupçonna une grossesse, bien qu'il ne pût s'en assurer, et conseilla de temporiser. Quelque temps après, la dame accoucha, et fut guérie en même temps de ces maladies. (Morgagni, *de sed. et caus. Épist.* XLVIII, § III.)

§ V. *Erreurs de diagnostic provenant de ce que la maladie reçoit, des parties voisines, des modifications qui lui donnent de la ressemblance avec une autre.*

Cette erreur est fréquente et souvent difficile à éviter: c'est surtout à propos des tumeurs qui peuvent recevoir des battements des artères, qu'elle est commise; elle peut encore se présenter dans plusieurs affections, qui ont leur siége au crâne, le long un rachis, aux environs de la poitrine ou de l'abdomen. Les mouvements d'expansion et d'affaissement que l'acte de la respiration communique aux organes renfermés dans ces grandes cavités, les battements dont quelques-uns sont agités, et qui sont déterminés par les contractions du cœur, entraînent des battements analogues dans les tumeurs voisines; quelques modifications de la respiration, l'éternuement, la toux, peuvent communiquer à plusieurs maladies, les hernies, les abcès, un choc analogue, qui, perçu par la main de l'observateur, ont amené à les confondre. Nous avons déjà fait connaître comment on doit s'y prendre pour éviter l'erreur quand l'affection a son siége sur le trajet d'une artère; les doubles mouvements des tumeurs situées aux environs du crâne ne permettent guère de les prendre pour les anévrismes ou les tumeurs érectiles; enfin, dans les autres cas, l'ensemble des symptômes suffira le plus sou-

vent pour empêcher un chirurgien attentif de les confondre.

Obs. 137. — *Empyème pris pour un anévrisme.*

Un jeune homme, après une maladie aiguë, vit une tumeur se développer rapidement sur la partie antérieure de la poitrine au côté gauche du sternum. Elle était agitée des mouvements d'expansion et de resserrements isochrones à ceux du pouls. Pendant ce temps le cœur battait sous la clavicule droite. Tout le monde crut à un anévrisme, et l'on voyait avec frayeur arriver le moment où la peau amincie allait se rompre et donner lieu à une hémorrhagie foudroyante. Le malade seul auquel on avait caché ce qu'on pensait de son état attendait avec impatience la rupture de la tumeur qu'il regardait comme un abcès, et voulant hâter le travail de la nature, il prend une épingle, la plonge dans le sommet de la tumeur, et se pratique ainsi l'opération de l'empyème. Le pus sort en petite quantité d'abord, puis à flot, lorsque l'ulcération eut agrandi la plaie. Un élève veut s'assurer avec un stylet que le cœur est revenu à sa place. L'instrument s'échappe, tombe dans la cavité de la poitrine, y séjourne pendant trois jours au bout desquels il vient faire saillie à travers un espace intercostal dont on le retira par une incision. J'ai vu depuis ce jeune homme jouissant de la meilleure santé.

Obs. 138. — *Abcès de la poitrine pris pour un anévrisme.*

Un homme vint à l'Hôtel-Dieu avec une tumeur large, fluctuante et sans changement de couleur à la peau, située vis-à-vis la région du cœur. On y sentait des inégalités qui annonçaient la destruction d'une ou deux côtes dans le trajet du foyer, et des battements avec ondulations, qui firent craindre à Pelletan que la tumeur ne fût un anévrisme du tronc de l'aorte à sa sortie du cœur. Dans cette incertitude partagée par plusieurs consultants, on abandonna à la nature l'ouverture de la tumeur; il en sortit du pus. Le malade étant mort quelque temps après, on trouva à l'autopsie que les battements, comme on l'avait pensé du vivant du malade, avaient été communiqués à l'abcès symptomatique de la carie des côtes, par l'impulsion du cœur. (Pelletan, *Clin. chir.*, t. III, p. 254.)

Obs. 139. — *Abcès pris pour un anévrisme.*

Une jeune fille de dix ans avait sur le côté droit de la poitrine une tumeur extrêmement volumineuse, laquelle allait de la clavicule à la partie moyenne du sternum. Cette tumeur était presque indolente, sans rougeur et sans chaleur, mais on y sentait des pulsations très-fortes. On la regarda comme un anévrisme et on n'osa rien y faire. Quelque temps après, la tumeur s'ouvrit d'elle-même et laissa échapper une grande quantité d'humeur assez louable. La jeune malade guérit avec facilité. (*Bibl. chir. de Manget*, citée par Sabatier, éd. 1824, p. 135.)

Obs. 140. — *Fongus de la dure mère pris pour un anévrisme de l'artère temporale.*

Une femme de 22 ans, à la suite de vives douleurs de tête, devint amaurotique, puis elle eut des tintements d'oreille; elle accusa ensuite un battement au-dessus de l'oreille droite, où l'on voyait une petite tumeur du volume d'une noix, disparaissant et perdant ses battements par la pression; on ne sentait au toucher aucun bord osseux, ni aucune crépitation. L'artère temporale se rendant à cette tumeur, et la compression de cette artère en faisant cesser en partie les battements, le chirurgien *Orioli* crut avoir affaire à un anévrisme de l'artère temporale avec un sac alimenté par d'autres petites artères; l'opération fut jugée nécessaire. Mais la tumeur n'était pas superficielle comme on l'avait cru; il fallut diviser le muscle temporal, le péricrâne; alors on trouva la carie. Le fongus adhérent à la dure mère fut enlevé, quoique sa base fût large. La gangrène vint détacher les parties que l'instrument n'avait pas enlevées, la plaie se cicatrisa et la malade guérit, en conservant toutefois l'amaurose. (*Gaz. méd.*, 1834, p. 410.)

Obs. 141. — *Goître pris pour un anévrisme.*

Les artères carotides primitives impriment au goître, derrière lequel elles sont placées, des pulsations qui ressemblent beaucoup à celles des anévrismes, et lorsque le goître est borné à un seul côté de la glande thyroïde, on pourrait le prendre pour un anévrisme de la carotide. Je pourrais citer, dit Boyer, plusieurs exemples de cette méprise; j'ai eu dans certains cas de ce genre beaucoup de peine à calmer l'imagination des malades, justement effrayés et par la gravité de la maladie qu'on leur supposait et par les remèdes et le régime qu'on leur avait prescrit. (Boyer, t. VII, p. 74.)

§ VI. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce que l'on attribue la maladie à un corps étranger qui n'existe pas.*

C'est surtout à propos des maladies de la vessie que cette erreur a été commise; et, comme elle conduit à pratiquer une opération souvent mortelle, le chirurgien ne saurait apporter trop de soins à l'éviter.

Obs. 142. — *Tubercules de la vessie pris pour un calcul, taille.*

Dupuytren raconte qu'un enfant de 2 ans et demi, éprouvait depuis quelque temps de vives douleurs dans la vessie. Déjà on avait cru reconnaître un calcul par la sonde. Dupuytren l'ayant sondé à plusieurs reprises, tantôt trouvait, tantôt ne trouvait pas la pierre. Décidé à l'opérer, il le sonde de nouveau, croit sentir bien distinctement la pierre et pratique la taille sur-le-champ; mais malgré les recherches les plus minutieuses il ne trouve aucun calcul. — La plaie fut laissée entr'ou-

verte et les recherches continuées avec la sonde qui tantôt rencontrait, tantôt ne rencontrait pas le corps étranger; ce qui fit croire à Dupuytren qu'il avait affaire à un calcul engagé dans l'uretère droit. Cependant l'enfant dépérissait, quand tout-à-coup les douleurs disparurent complètement. Quelque temps après l'enfant retomba malade, et mourut à l'hôpital des Enfants; on trouva à droite dans le bas fond de la vessie, des tubercules ramollis. (Dupuytren, *Cliniq.*, t. II, p. 332.)

Obs. 143. — *Taille pour un calcul qui n'existait pas.*

Un enfant de 30 mois se tiraillait continuellement la verge et éprouvait, depuis un an, de vives douleurs en urinant. M. Roux le sonda et crut sentir un calcul; le cathétérisme explorateur répété au moment de l'opération donna des résultats obscurs, mais qui toutefois parurent suffisants au chirurgien. La vessie étant ouverte par le procédé d'Hawkins, il fut impossible de trouver le calcul. Malheureusement l'ouverture du corps ne put pas être faite. (*Archives*, t. II, p. 557.)

Obs. 144. — *Kyste osseux de la vessie pris pour un calcul.*

Un kyste osseux développé dans la paroi de la vessie offrait à la sonde une résistance tellement semblable à celle de la pierre, que le malade fut soumis à l'opération. L'ouverture du cadavre fit connaître l'erreur. (Boyer, t. IX, p. 324.)

Obs. 145. — *Vessie cartilagineuse. Malade taillé sans avoir la pierre.*

Un enfant de cinq ans, avait les signes rationnels de la pierre. Le cathétérisme confirma le chirurgien dans cette idée. L'opération pratiquée, les tenettes introduites dans la vessie purent à peine être ouvertes, mais ne rencontrèrent pas de calcul malgré la sensation de choc d'un corps dur que déterminèrent les recherches du chirurgien. Le malade succomba au bout de vingt-quatre heures. Il n'existait point de pierre, mais la vessie très-rétrécie était comme cartilagineuse, ses parois avaient la consistance de la corne et donnaient, quand on les touchait avec la sonde, la sensation d'un corps dur. (*Journ. de Desault*, t. II, p. 131.)

Obs. — 146. *Rétroversion de l'utérus. Signes de calcul vésical. Lithotomie. Mort.*

Chez une femme morte à la suite d'une opération de lithotomie, faite dans le dessein de la délivrer d'une pierre qu'elle n'avait pas et que l'on croyait enkystée, on trouva la matrice située en travers dans le bassin. Son museau appuyait sur la partie moyenne du rectum et le haut de la partie antérieure de son corps sur le bas fond de la vessie et faisait bosse au dedans de ce viscère en y repoussant ses tuniques, bosse qui avait été prise pour un calcul enkysté. Cette femme avait tous les signes rationnels de la pierre. (Lassus. *Méd. Opér.*, t. I, p. 315.)

Obs. 147. — *Introversion de la vessie causée par la pression de matières stercorales, prise pour un calcul.*

Un homme éprouvait des symptômes de pierre dans la vessie; en le sondant, on jugea qu'il y en avait une. A l'autopsie on vit qu'on s'était trompé; la vessie ne contenait aucun corps étranger. La dureté qu'on y avait sentie par la sonde dépendait d'un amas d'excréments, endurcis dans le cœcum, qui avaient distendu cet intestin et l'avaient poussé contre la vessie, de sorte que leurs pressions sur le fond de ce viscère causaient des symptômes qui imitaient ceux de la pierre. (Autty. *Voies Urinaires*, p. 25. Cité par Boyer, t. IX, p. 87.)

§ VII. — *Erreurs de diagnostic provenant de ce que l'on méconnaît l'existence ou le siége d'un corps étranger,*

Si, dans le paragraphe précédent, on a vu des maladies méconnues parce qu'on croyait à des corps étrangers qui n'existaient pas; on a bien plus souvent encore commis des erreurs inverses et attribué à toute autre cause les désordres qui résultent de la présence d'un corps étranger. D'autres fois le corps étranger a été soupçonné, mais on a méconnu son siége. Dans ce dernier cas, la présence du corps étranger est plutôt une cause d'incertitude que d'erreur de diagnostic. Dans l'autre la méprise est presqu'inévitable, si les signes anamnestiques ne mettent le chirurgien sur la voie.

Obs. 148. — *Corps étranger dans l'œil, méconnu.*

Wenzel fut un jour consulté pour un jeune enfant, qui portait au centre de la cornée de l'œil gauche, une petite tache d'un blanc jaune, ronde et élevée comme une phlyctène; de cette tache irradiaient des vaisseaux variqueux, qui couvraient en grande partie la cornée, et empêchaient presque complètement la vue de ce côté. Cette maladie avait été prise par les plus célèbres chirurgiens de la capitale pour une véritable phlyctène: beaucoup de remèdes avaient été déjà employés sans succès. Wenzel examinant l'œil avec soin, en s'aidant d'une petite aiguille d'or, reconnut une coque de millet implantée sur la cornée, et en fit l'extraction. Tous les symptômes ne tardèrent pas à disparaître. (Wenzel, 62.)

Nous avons eu l'occasion de rencontrer un fait à peu près semblable chez un enfant de 12 ans, qui depuis 6 mois environ avait une ophthalmie des plus intenses, pour laquelle plusieurs médecins avaient été consultés; je reconnus la présence d'une élytre d'insecte, j'en fis l'extraction et l'ophthalmie fut promptement guérie. Mon frère a vu un cas analogue. L'ophthalmie qui datait d'un mois était entretenue par la présence d'un fruit de graminée. Cette cause avait été méconnue par plusieurs chirurgiens. L'extraction fut pratiquée, l'ophthalmie disparut, mais la cornée resta opaque.

Obs. 149. — *Os dans les bronches pris pour une pleurésie.*

Un soldat en suçant la moëlle d'un os fut à l'instant pris de toux, de douleur à la partie latérale gauche de la poitrine et de crachements de sang. Il fut traité pour une pleurésie. Ce ne fut que quelques mois après qu'il rendit le corps étranger, cause de tous les accidents qui s'étaient prolongés sous forme de phthisie. C'était un morceau d'os pointu. Il succomba néanmoins trois jours après; on trouva dans le poumon gauche la cavité où s'était logé de prime abord le corps étranger, et où le malade avait rapporté le siége de la douleur (*Mém. académ. chirurg.*, t. V, p. 532.)

Obs. 150. — Mademoiselle C., âgée de 22 mois, avala un petit os en mangeant la soupe ; quelques accidents de suffocation se manifestèrent, mais ils disparurent bientôt ; quelque temps après la voix devint rauque ; le cou s'infléchit à droite. On crut à un *croup chronique*. Mais au bout de quelques mois, la malade rejeta un os triangulaire. Elle mourut quelque temps après et l'on trouva le pharynx perforé et les corps des deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales cariées. (*Journ. de Leroux.*)

Obs. 151. — *Corps étrangers dans l'œsophage méconnu.*

Un jeune homme de 24 ans, dans un repas, avale un fragment d'os qui lui fait éprouver une douleur vive en traversant le pharynx ; comme il put avaler d'autres bouchées, il crut l'os descendu dans l'estomac. Toutefois la douleur persista dans un point fixe du col et devint assez vive pour empêcher la déglutition ; de la fièvre se développa, on soupçonna une œsophagite ; plus tard du sang et du pus furent rendus par la bouche et par les selles ; et le malade succomba au milieu d'accidents qu'on traita comme des accès d'une fièvre rémittente pernicieuse. A l'autopsie, on trouva la cause de tout le désordre dans l'os avalé qui était passé au-dessous de la muqueuse et avait déterminé, sur les côtés du col, sous la couche profonde des muscles, la formation d'un large abcès plein d'une matière noirâtre et boueuse.

M. Gilbert, auteur de cette observation, ajoute que deux cas analogues lui ont été communiqués par les docteurs Filleau et Corby. (*Archives*, t. XVII, p. 137.)

Obs. 152. — *Corps étranger dans la trachée pris pour un corps étranger dans l'œsophage. Mort.*

Un enfant de Dresde jouant avec des fèves s'en jeta une dans la bouche et ne put la repousser au dehors. La face devint bleue et noire en un moment avec une toux violente qui menaçait de suffocation. Un chirurgien ignorant la cause de la maladie crut à l'existence d'un corps engagé dans l'œsophage et y porta sur-le-champ un fil de fer garni d'une éponge, ce qui procura la sortie d'une grande quantité de matière muqueuse. La respiration devint libre et l'enfant, qui jusque-là n'avait pu dire un mot, recouvra l'usage de la parole sans altération. La nuit d'après il mourut presqu'en un moment dans un accès de toux. Les parents attribuaient cette mort inopinée à un catarrhe suffocant ; mais le chirurgien qui avait appris l'histoire des fèves, après avoir cherché inutilement le corps étranger dans la trachée et les bronches le trouva sous la glotte. (*Ephem. Acad. nat. curios. Dec.* III. Ann. V et VI, obs. CCLIII, cité par Louis, t. IV, p. 543.)

Obs. 153. — *Corps étranger dans la trachée pris pour un corps étranger dans l'œsophage.*

Une petite fille de sept ans avala une fève de haricot en jouant ; elle fut attaquée sur-le-champ de difficultés de respirer et d'une toux convulsive. Plusieurs chirurgiens, croyant que le corps avait pénétré dans l'œsophage, s'efforcèrent de le faire descendre par les moyens usités dans ce cas. Louis, appelé le deuxième jour, reconnut que la respiration seule était gênée, et que le siége de la douleur indiqué par l'enfant était la trachée-artère. Il proposa, en conséquence, la bronchotomie, qui fut refusée par les consultants, dont plusieurs ne pouvaient croire qu'une fève de haricot pût s'introduire dans la trachée. On se contenta d'administrer de l'émétique. Le lendemain matin, elle parut mieux, puis mourut le soir. (Louis, *Mém. Acad. chir.*, t. IV, p. 514.)

Obs. 154. — Muys rapporte l'histoire d'un enfant qui, ayant avalé un corps de même nature, fut soumis également à des manœuvres ayant pour but d'enfoncer ce corps dans l'estomac ou de l'extraire du gosier. Tous les accidents s'étaient calmés, lorsque, trois jours après, l'enfant fut repris, en se baissant, de la toux et des mêmes accidents que dans le premier moment, et mourut le cinquième jour. (Muys *Pract., Chirur. ration., dec.* VII, obs. 9 ; Louis, *L. c.*, p. 521.)

Obs. 155. — *Corps étranger dans la trachée méconnu. Mort.*

Une petite fille de quatre ans tomba en mangeant des amandes de noyaux d'abricot. Aussitôt toux violente, gêne de la respiration, suffocation imminente. Deux heures après l'accident, il n'y avait plus que de la gêne dans la respiration et un peu de sifflement : ces accidents, ainsi que la douleur de gorge, disparurent même assez complètement pour faire croire à la non-existence du corps étranger, malgré l'avis contraire de plusieurs médecins. Tous les phénomènes revinrent, et la malade mourut suffoquée, soixante heures après l'accident, sans que jamais la toux fût revenue. La moitié d'une amande était située au-dessous du cartilage cricoïde. (*Mém. acad. chir.*, t. V, p. 524.)

Obs. 156. — *Corps étranger dans la trachée. Accès de suffocation pris pour un asthme.*

Tout le monde connaît l'histoire de ce mar-

chand d'estampes qui, jetant un louis d'or dans sa bouche, le laissa pénétrer dans la trachée-artère. Les symptômes de suffocation qui survinrent ne durèrent qu'un moment, mais le reprirent à différentes fois, dans l'espace de quatre ans, ce qui fit prendre la maladie pour un asthme. Louis, fondé sur ce que le malade n'avait pas rendu la pièce d'or, et qu'il disait la sentir distinctement dans la trachée, proposa la bronchotomie : les autres consultants s'y opposèrent. Le malade étant mort deux ans après, on trouva la pièce d'or placée perpendiculairement à la première bifurcation de la bronche droite. Le poumon, de ce côté, était désorganisé par la suppuration. (*Mém. acad. chirurg.*, t. V, p. 528.)

Obs. 157. — *Corps étranger dans la trachée pris pour une phthisie.*

Une femme de Padoue, après avoir ri en avalant un noyau d'aveline, fut attaquée d'une toux violente, qui la tourmenta horriblement pendant deux mois. Cet état causa la fièvre et amena le marasme. Cette femme fut jugée phthisique par un médecin. J. D. Sala, après plusieurs questions, apprit quelle était la cause de la maladie. Les vomitifs qu'il administra n'eurent à la vérité pas de succès, mais la malade rendit, quelque temps après, le noyau en crachant, et dès ce moment elle recouvra sa santé première. (Th. Bartholin, *Hist. anat.*, *cent.* II. hist. XXVII; Louis, *Mém. Acad. chir.*, t. IV, p. 526.)

Obs. 158. — *Haricot dans les voies aériennes, méconnu.*

Un enfant de 6 ans s'amusait à lancer en l'air des haricots qu'il recevait ensuite dans la bouche. Il fut prit tout-à-coup de toux et de suffocation. Après un accès de colère, il fut saisi de vomissement, de toux suffocante et d'anxiété extrême. Un médecin appelé aussitôt crut que le corps étranger était dans l'œsophage, sonda le canal à plusieurs reprises et donna des vomitifs. Cependant le malade étouffant et se plaignant d'une douleur vive à la trachée, il appliqua des sangsues au cou. Le cinquième jour, les accidents croissant et la suffocation étant imminente, l'enfant fut apporté à Dupuytren qui pratiqua aussitôt la trachéotomie et retira un haricot fortement gonflé. La guérison eut lieu. (*Dupuytren*, *Cliniq. chir.*, t. III, p. 593.)

Obs. 159. — *Corps étranger ayant séjourné 6 ans dans la trachée.*

Un garçon de 9 ans, ayant avalé par mégarde un crayon de plomb, fut aussitôt pris de toux, de suffocation et de dyspnée, symptômes qui disparurent au bout de deux jours sans avoir donné d'inquiétude aux parents. Dans l'espace de six années qui suivirent, ce jeune garçon présenta de la toux, un sentiment de suffocation, de la difficulté à respirer et un malaise à la gorge, qui furent attribués à la présence de vers dans le canal intestinal, et diminués par quelques préparations vermifuges. On avait entièrement perdu de vue le corps étranger avalé, lorsqu'un jour ce garçon étant penché fortement en avant pour fendre du bois, fut pris d'un accès de toux dans lequel il se débarrassa du crayon, cause méconnue des accidents. (*Journal des Progrès*, t. XIII, p. 269.)

Obs. 160. — *Soie de sanglier dans le conduit de Warthon, méconnue pendant trois mois.*

Un cordonnier, portier de la maison qu'habitait M. le docteur Robert, avait une des glandes sous-maxillaires triplée de volume, indolente, mais surmontée par une ulcération vers l'orifice du canal de Warthon et par une petite ouverture accidendentelle. Consulté, M. Robert soupçonna la présence d'un calcul salivaire dans le conduit, mais le cathétérisme ne lui ayant rien fait sentir, il jugea le malade atteint d'un engorgement inflammatoire chronique de la glande. Trois mois se passèrent sans qu'il se manifestât aucun changement; mais un jour le malade sentit un corps étranger qui sortait par une des ulcérations et lui piquait la langue; c'était un de ces crins dont se servent les cordonniers et qu'ils portent à la bouche pour les couper; il s'était probablement introduit dans le conduit de Warthon et avait déterminé les accidents observés. M. Robert l'ayant enlevé avec une pince, la maladie fut guérie en huit jours. (*Archives*, t. XXIV, p. 444.)

Obs. 161. — *Calcul obstruant le canal de Warthon. Cautérisation.*

Un homme sentit, en proférant un cri, une douleur vive dans la glande sous-maxillaire. Il survint un gonflement inflammatoire, la glande resta dure et douloureuse. On employa les révulsifs, la potasse caustique fut de même appliquée sans succès. Sabatier consulté reconnut un petit calcul obstruant le canal de Warthon. Une petite incision lui donna issue et tous les accidents cessèrent. La même cause les ayant ramenés, la même opération les fit disparaître. (*Sabatier, Edit. Sanson et Begin*, t. II, p. 271.)

Obs. 162. — *Éponge dans le vagin prise pour un cancer.*

Appelé auprès d'une dame enceinte, et à terme, un praticien de Paris pratique le toucher et croit reconnaître une dégénérescence cancéreuse, avec procidence du col de l'utérus. Effrayé, il appelle en consultation M. Capuron, qui, considérant l'état de santé de la femme, qui n'était pas en rapport avec l'altération organique présumée, fit un examen plus approfondi des parties, et retira une éponge oubliée depuis long-temps. (*Thèses de Paris*, 1834, n° 7, p. 12.)

Obs. 163. — *Végétation entourant un pessaire, prise pour un cancer.*

Une femme portait depuis dix ans un pessaire en liége qui n'avait jamais été retiré. Depuis ce temps, la femme n'y pensait plus, et l'avait tout-à-

fait oublié. Elle fut prise de douleurs très-aiguës dans le canal vulvo-utérin, suivies d'un écoulement sanieux et de mauvaise nature. Le canal était rempli de végétations fongueuses qui recouvraient entièrement le pessaire, d'ailleurs revêtu d'une couche d'incrustations calcaires. M. Cloquet excisa ces végétations, reconnut le pessaire, en fit l'extraction, et guérit ainsi la femme du cancer vaginal pour lequel on la traitait.

Obs. 164. — *Urétrite entretenue par la présence d'une arête de poisson dans l'urètre.*

Un individu qui faisait habituellement sa nourriture de poisson fut pris d'un écoulement abondant par l'urètre. Le trajet du canal ne présentait à l'exploration ni corps étranger, ni nodosité; mais de vives douleurs se faisaient sentir au col de la vessie, avec pesanteur au périnée, fréquents besoins et difficulté d'uriner; un bubon douloureux et enflammé occupait l'aîne gauche. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, le bubon disparut promptement par résolution, et les douleurs urétrales diminuèrent; mais l'écoulement persista, se montra parfois sanguinolent, et il y eut même une hématurie qui effraya le malade. Après plusieurs alternatives de bien et de mal, le malade sentit, dans le trajet du canal de l'urètre, un prurit insolite et douloureux. Le chirurgien explorant alors l'urètre, aperçut vers la fosse naviculaire une pointe de corps étranger qu'il saisit, et dont il fit l'extraction : c'était une arête courbe, transparente et longue de dix lignes. (*Arch.*, t. XVIII, p. 433.)

Obs. 165. — *Calcul vésical pris pour une tumeur de l'ovaire.*

Une femme, âgée de 34 ans, était en travail; la sage-femme et le médecin appelés, découvrirent une tumeur dure, irrégulière, d'environ quatre pouces de longueur sur trois de largeur, située à droite et près de l'échancrure sacro-sciatique et laissant à peine un espace de deux pouces et demi pour le passage de la tête. Cette tumeur fut regardée par le chirurgien comme une induration squirrheuse de l'ovaire droit. Mais la malade ayant succombé, bien que la tête de l'enfant eût été perforée et l'accouchement terminé, on découvrit que la tumeur était un énorme calcul contenu dans la vessie. (*Archives*, t. XIX, p. 610.)

Obs. 166. — *Calcul dans une cystocèle pris pour un squirrhe.*

Dans un cas de cystocèle inguinale qui descendait au fond du scrotum, au-devant du testicule aplati et atrophié, un calcul urinaire fut pris pour un squirrhe. Pott ne reconnut la nature de la maladie que pendant l'opération. (*OEuv. chirurg. trad. Fr.*, t. I, p. 488.)

Obs. 167. — Un chirurgien de campagne, voyant une tumeur inguinale, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, la crut un bubon vénérien squirrheux. Obtenant peu d'effet des émollients, il y appliqua un caustique et incisa l'escharre. Il fut bien étonné quand il aperçut une pierre dans le sac qu'il avait ouvert, et quand la sortie de l'urine ne lui laissa plus aucun doute sur l'erreur qu'il avait commise.

Obs. 168. — *Uretères dilatés. Erreur de cathétérisme.*

Un jeune homme avait tous les signes de la pierre. La sonde pourtant ne put pas la rencontrer. A une seconde tentative la pierre est distinctement sentie, et la vessie, qui avait d'abord paru fort longue, sembla très-petite. D'autres praticiens à qui le malade fut confié, obtinrent des résultats analogues du cathétérisme. Le malade étant mort sans avoir été opéré, on trouva le calcul dans la vessie qui était très-petite, sans cellules et sans appendices; mais l'embouchure des uretères très-rapprochée du col de la vessie était en outre assez dilatée pour offrir un libre passage à la sonde, et induire en erreur le chirurgien le plus expérimenté par cette espèce de fausse route. (Lassus. *Méd. opér.*, t. I, p. 314.)

Obs. 169. — *Erreurs produites par la dilatation des uretères. — La sonde pénètre dans l'uretère. — Pierre méconnue trouvée à l'autopsie.*

Un jeune homme avait les signes de la pierre, le cathétérisme l'avait reconnue. Pelletan l'ayant sondé un jour qu'il avait de la peine à uriner, ne sentit point la pierre, eut de la peine à mouvoir sa sonde, et donna issue seulement à une petite quantité d'urine. A quelques heures de distance, un autre chirurgien évacua par le cathétérisme plus d'une pinte de ce liquide. Le malade étant mort quelques jours après, l'ouverture faite en présence de plusieurs chirurgiens qui avaient pensé, les uns que l'obstacle à la mobilité de la sonde, alors que Pelletan avait sondé, tenait à ce que la pierre était en partie engagée dans le col, les autres, que l'opérateur avait fait une fausse route, fit voir leur erreur et démontra la vérité de l'opinion de Pelletan qui avait pensé que cela tenait à ce que le bec de la sonde s'était introduit dans l'orifice d'un des uretères très-dilatés. (Chopart cité par Boyer. T. 8, p. 551.)

Obs. 170. — *Pierres enkystées.*

Hollier parle d'un marchand qui avait tous les signes de la pierre; seulement on ne put jamais la reconnaître par la sonde; il mourut, et on trouva deux pierres enkystées, chacune dans une enveloppe particulière, et pesant chacune deux onces et demie. (*Mém. de l'acad. de chirurgie*, t. I, p. 403.)

Obs. 171. *Pierres enkystées méconnues.*

Schenkius parle d'un malade qui avait tous les symptômes de la pierre, excepté ceux que la sonde fournit; il fut taillé; on ne trouva aucune pierre : à l'autopsie, on trouva trente-deux pierres enveloppées chacune par une poche particulière. Ces pierres remplissaient toute la cavité de la vessie; il ne res-

tait qu'un passage à l'urine. (*Mém. de l'acad. de chirurgie*, t. I, p. 403.)

Obs. 172. — Une tumeur située au-dessus de l'ombilic, chez un officier, ayant été ouverte, il en sortit du pus fétide. Quelques jours après, en sondant la plaie, on sentit, après un trajet sinueux de deux pouces, un corps dur qu'on attira avec des pincettes, et qui fut reconnu pour un calcul biliaire. Les adhérences établies permirent au malade de guérir, en conservant toutefois l'ouverture fistuleuse. (*Mém. acad. chirurgie*, t. III, p. 470.)

Obs. 173. — *Ulcères entretenus par la présence d'un corps étranger méconnu.*

Un homme portait depuis vingt ans, entre le grand trochanter et l'ischion, un ulcère fistuleux qui se rouvrait ou se fermait cinq ou six fois chaque année. Cet ulcère survenu à la suite de l'ouverture d'un abcès, fut traité à différentes reprises par plusieurs incisions, sans que jamais la guérison fut durable. J. L. Petit pensa qu'il devait y avoir un corps étranger ou un sinus oblique qu'il fallait mettre à nu. Il existait effectivement une pièce d'os séparée depuis long-temps du reste du fémur (car aucune partie des os de la région n'était à nu), située au fond d'un trajet très-oblique, qu'il ne put atteindre que par deux incisions successives. Le malade fut guéri en moins d'un mois. (J. L. Petit, t. II, p. 35.)

Le même auteur rapporte encore deux observations tout-à-fait analogues.

Obs. 174. — *Concrétions formées dans les fosses nasales, autour d'un noyau de cerise, prises pour un polype.*

L'extraction a été suivie de guérison. (Savialles. Bulletin de la faculté, t. IV, p. 411, 1815.)

§ VIII. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'il existe une disposition anormale, congénitale ou acquise, dans la partie malade ou dans celle avec laquelle on la compare.*

Les vices de conformation originels étant, pour ainsi dire, soumis à des lois en vertu desquelles ils se reproduisent à peu près toujours les mêmes, le chirurgien évitera d'autant plus sûrement la méprise dans laquelle ils peuvent entraîner qu'il sera plus familier avec l'étude et la connaissance de ces aberrations. Quant aux vices acquis, il est difficile de prévoir toutes les circonstances dans lesquelles ils feront naître l'erreur. Mais celui-là commettra le moins de fautes qui, à la vue d'une partie déformée, n'omettra pas de s'enquérir s'il n'y avait pas une difformité antérieure et qui fera la même demande en comparant une partie latérale du corps à celle qui lui correspond du côté opposé.

Obs. 175. — *Enfoncement ancien du crâne pris pour fracture récente.*

Platner raconte qu'un homme étant tombé du troisième étage d'une maison, perdit le sentiment, et resta quelque temps dans un état de stupeur. Les cheveux étant rasés, on vit un enfoncement large et profond du crâne, sur lequel la peau n'était nullement lésée. Le malade s'étant réveillé, et craignant qu'on ne lui fît une incision, dit que cet enfoncement n'était point un accident de sa chute, et qu'il le portait depuis son enfance. Il n'éprouva aucun symptôme fâcheux, et se rétablit promptement. (Boyer, t. V, p. 62.)

Obs. 176. — *Plaie de tête; suture sagittale prise pour une fracture.*

Un enfant de quatre ans et demi reçut, à la partie supérieure du pariétal droit, le choc d'un manteau de cheminée tombant d'une seule pièce ; ce qui lui fit une contusion de la grosseur d'un œuf de poule. Perte subite de connaissance, qui dura deux heures ; écoulement de sang par la bouche. Soupçonnant une fracture, M. Dru découvrit l'os par une incision en T. Le péricrâne fut trouvé intact. Le jour suivant, des mouvements convulsifs s'étant manifestés, un des consultants voulut qu'on mît l'os à découvert. On détacha donc le péricrâne, et l'on reconnut une fracture. Le lendemain, on reconnut que la prétendue fracture n'était autre chose qu'une portion de la suture sagittale qui était déviée du côté droit, et qui, au lieu d'être dentée, était squammeuse, de telle sorte que le pariétal gauche chevauchait sur le pariétal droit d'environ deux lignes : les accidents augmentant, on trépana, et les accidents se dissipèrent graduellement. (*Mémoire de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 201.)

Obs. 177. — *Plaie de tête ; suture sagittale prise pour une fracture.*

Un garçon de vingt-deux ans fut blessé à la partie supérieure du pariétal droit par un morceau de bois lancé de haut. Perte subite de connaissance, mouvement convulsif. Un chirurgien, sondant la plaie, prit la suture sagittale pour une fracture. M. Feste, se doutant de cette méprise, fit une incision cruciale, et reconnut l'erreur. Les accidents étant très-graves, M. Feste fit une incision sur la partie inférieure du pariétal, reconnut une double fracture et appliqua le trépan, qui eut un plein succès. (*Mémoire de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 213.)

Obs. 178. — Saucerotte, p. 362 de ses *Mélanges de chirurgie*, cite l'observation d'un os wormien qui fut pris pour une fracture, et qui aurait fait pratiquer l'opération du trépan, si Nouvelle ne s'y fût opposé. La mort, survenue six ans après, permit de constater le fait par l'autopsie. (Robert, *Progrès*, t. VII, p. 185.)

Obs. 179. — *Déviation de la cloison des fosses nasales prise pour un polype.*

« Quelquefois, dit M. Richerand, Nosographie » chir., t. IV, p. 325, la cloison des fosses nasa- » les est tellement déjetée d'un côté, que l'on » croit voir un polype. Un chirurgien s'y trompa,

» déchira une portion de la membrane pituitaire, » et mit l'os à nu en voulant arracher le faux » polype à une demoiselle du faubourg Saint-Ger- » main. »

Obs.—180. *Sarcocèle du testicule resté dans l'aîne, pris pour une hernie épiploïque.*

Un homme d'une cinquantaine d'années portait à l'aîne droite une tumeur cancéreuse ulcérée. Ce malade racontait que lorsque cette tumeur commença à devenir douloureuse, il consulta deux chirurgiens herniaires, dont l'un diagnostiquant une épiplocèle, proposa l'amputation, et dont l'autre lui vendit deux bandages qu'il ne put porter. Enfin un guérisseur de cancers avait appliqué sur cette tumeur un caustique qui avait fait un ravage effrayant. Aucun n'avait remarqué qu'il n'y avait pas du côté malade de testicule dans le scrotum.— L'état avancé de la maladie engagea Pott et Hollingworth à se borner aux palliatifs. L'autopsie montra un cancer du testicule non descendu dans les bourses. (Pott, *œuv. chir*, t. II, p. 30.)

Obs. 181. — *Testicule resté à l'anneau, pris pour une hernie.*

Pott raconte qu'un pauvre homme qui vint le consulter pour une enflure qu'il avait à l'aîne avait été traité par des charlatans qui lui avaient appliqué une foule d'emplâtres. Dans sa jeunesse il avait porté un bandage pour contenir cette tumeur, et avait été forcé de l'abandonner sans en éprouver aucun accident. Ayant été atteint d'une gonorrhée qui disparut subitement, il vit la tumeur de l'aîne augmenter. Pott reconnut une inflammation du testicule qui céda facilement aux moyens appropriés. (Percival, Pott, *œuv. chir*, t. II, p. 28.)

Obs. 182. — *Contusion du testicule, prise pour une hernie étranglée.*

Un jeune homme robuste, étant tombé sur une pièce de bois, qui le frappa dans l'aîne, ressentit une douleur si vive qu'il en perdit connaissance; l'aîne se tuméfia rapidement; un apothicaire appelé le saigna, et le lendemain, apprenant du malade qu'il avait dans l'aîne une descente qui n'avait jamais été réduite parfaitement, fit inutilement quelques efforts de réduction, et voyant une tache noire crut à l'existence d'une hernie étranglée et fit appeler Pott. Ce chirurgien trouva la tumeur douloureuse, enflammée; il y avait des vomissements, de la constipation. Ces signes et les antécédents lui firent croire à une hernie étranglée; cependant avant d'opérer il voulut essayer un fort purgatif qui produisit une évacuation abondante; on eut ensuite recours aux émollients, et bientôt on reconnut que tous les accidents étaient dus à une contusion du testicule, resté à l'anneau. (Pott, *œuv. chir.*, t. II, p. 24.)

Obs. 183.—*Testicule squirrheux pris pour un bubon.*

Un homme de moyen âge portait à l'aîne une tumeur ovale, indolente, mobile; plusieurs chirurgiens l'avaient prise pour un bubon ou un bubonocèle. La pression exercée pour la réduire devenait le siége de douleurs qui s'étendaient jusque dans le dos. Il y n'avait pas de testicule de ce côté. Depuis deux ans cette tumeur était devenue dure, squirrheuse. Pott reconnut un sarcocèle et voulut l'enlever. Sur ces entrefaites M. Griffins ayant examiné la tumeur soutint que c'était une tumeur d'autre espèce, et susceptible de résolution. Sorti de l'hôpital, le malade entra ensuite à l'hôpital Saint Georges où il fut opéré : la tumeur était un squirrhe. (Pott, *œuv. chir.*, t. II, p. 29.)

Obs. 184.— *Imperforation du vagin, accidents causés par la rétention des règles pris pour une sciatique.*

Fabrice d'Aquapendente rapporte qu'on traita long-temps comme atteinte d'une goutte sciatique une jeune fille de 13 ans chez laquelle l'hymen imperforé ne permettait pas l'issue libre des règles. Les douleurs dans les reins, dans la hanche et dans les cuisses avaient été la cause de cette erreur; la jeune fille était au dernier degré du marasme quand Fabrice fut appelé, reconnut la maladie et la guérit par une opération convenable. (*OEuvres chirurg. de Fab. d'Aquapendente*, Lyon, 1674, p. 742.)

Obs. 185. — *Absence de la partie inférieure du vagin, prise pour une imperforation de l'hymen.*

Une demoiselle de 21 ans avait employé depuis huit ans sans succès tous les emménagogues. Le ventre était très-gonflé et dur, et une espèce de zône étendue d'un côté à l'autre, à la hauteur du nombril. On reconnut enfin l'imperforation du vagin. On fit une incision qui pénétra dans un grand vide et donna issue à un écoulement de sang assez abondant. On croyait avoir pénétré dans le vagin; mais, la malade étant morte trois jours après, on s'aperçut, à l'ouverture de son corps, que l'incision avait pénétré dans la vessie. Le vagin manquait complètement dans sa partie inférieure; sa partie supérieure et la matrice étaient très-dilatées par le sang. (*De Haen*, cité par Sabatier, *méd. op.*, 1824, t. IV, p. 440.)

Obs. 186. — *Distension énorme des lymphatiques prise pour des hernies.*

Tumeurs disparaissant dans la position horizontale, paraissant dans la verticale, développées dans les deux régions inguinales, prises pendant six ans pour des hernies crurales et contenues par un bandage. A la mort, on trouva tous les lymphatiques au-devant de la colonne vertébrale dilatés énormément et remplis de pus; les deux tumeurs, formées par des pelotons de vaisseaux lymphatiques, aussi pleins de pus, offrant des rétrécissements et des cavités de la capacité d'un noix, communiquant avec les autres par l'arcade crurale (Amussat, *Journ. de physiol.*, t. X, p. 22). Ces vaisseaux ressemblaient à d'énormes varices; ils furent insufflés et injectés au mercure.

Obs. 187. — Le nommé Ch..... se fit rentrer dans l'abdomen le testicule gauche à l'âge de 7 ans. Dix

ans après il fut attaqué de divers symptômes simulant ceux d'une hernie étranglée dans la région crurale; l'opération pratiquée fit reconnaître le testicule, qui était sorti par l'arcade crurale. (*Journal de Leroux*, t. XVII, p. 34.)

Obs. 188. — *Communiquée par M. Maisonneuve.*

Un jeune homme de 22 ans se présenta avec un rétrécissement de l'urètre datant de plusieurs années. Tous les moyens dilatants furent vainement employés, le malade succomba. A l'autopsie on trouva la vessie hypertrophiée, les uretères énormément dilatés et les reins désorganisés. Le rétrécissement de l'urètre était d'une consistance cartilagineuse, et paraissait produit par la présence d'une stalactite osseuse développée derrière le pubis, et dont la pointe touchait l'urètre. Il y avait eu fracture du pubis.

Obs. 189.—*Tumeur avec ecchymose prise pour un anévrisme en raison d'une anomalie artérielle.*

Un homme à la suite d'une longue marche, ressentit une vive douleur le long de la jambe, au tiers inférieur de laquelle se manifesta une tumeur. La peau qui la recouvrait était jaunie par le sang extravasé, et on y sentait un battement qui soulevait la main. Pelletan prenait cette tumeur pour un anévrisme lorsque, comparant le membre sain au côté malade, il reconnut au premier un battement artériel semblable et dans la même longueur. Il s'assura alors que le battement n'occupait pas la totalité de la largeur de la tumeur, que par conséquent on devait l'attribuer à une position superficielle et anomale de l'artère tibiale antérieure. La tumeur et l'ecchymose disparurent en effet sous l'influence du repos. Il est probable que la rupture de quelques fibres musculaires fut cause de tous les accidents. (Pelletan. *Clin. Chir.*, t. I, p. 101.)

§ IX. — *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'une maladie est excessivement rare ou de ce qu'elle n'a jamais été observée.*

Pour peu qu'une affection de ce genre offre des symptômes qui aient quelqu'analogie avec une maladie connue, il sera bien facile de s'y laisser tromper. La rareté d'une maladie est absolue, ou bien elle est relative au chirurgien qui commet la méprise, et, dans ce cas, elle reconnaît pour cause son ignorance des faits qui existent dans la science, ou son inexpérience, ou enfin son peu de mémoire ou de sagacité qui ne lui permet pas d'appliquer au cas actuel les notions qu'il a déjà acquises. On conçoit que les découvertes dont s'enrichit la science retirent à une maladie le caractère de rareté qu'elle présentait autrefois.

Le mémoire de Louis sur les tumeurs fongueuses de la dure mère renferme un assez grand nombre d'erreurs de diagnostic, causées par le défaut de connaissances précises sur ce sujet.

Obs. 190. — On prit pour un anévrisme une tumeur pulsative, située au sommet de la tête d'un homme de 35 ans. Le bandage compressif conseillé en conséquence de cette opinion, ne put être supporté. A l'autopsie, on trouva le crâne perforé par une tumeur fongueuse de la dure mère. (Loc. cit., p. 4.)

Obs. 191. — Ambroise Paré, rapporte qu'une tumeur analogue lui sembla un anévrisme et qu'il empêcha qu'on l'ouvrît, ce que voulaient faire plusieurs *médecins*, qui pensaient qu'elle contenait du pus. Un barbier en fit l'ouverture quelques jours après. Le malade mourut. Le crâne était perforé. (L. c., p. 10.)

Obs. 192. — Sivert rapporte qu'une tumeur de même nature fut ouverte, et que le malade mourut d'hémorrhagie malgré les précautions qu'on avait prises pour arrêter le sang. (P. 14.)

Obs. 193. — Une tumeur du même genre chez une femme allait être ouverte, lorsque Museux, de Rheims s'y opposa, la reconnaissant pour une hernie du cerveau, (p. 15). La même erreur fut commise dans un autre cas, p. 24.

Obs. 194. — On mit à découvert par une incision cruciale une tumeur fongueuse située au niveau du coronal perforé. Immédiatement après, le malade tomba dans le coma; le cinquième jour il mourut. (P. 21.)

Obs. 195. — Une tumeur plate et indolente sur la suture sagittale fut prise pour une loupe. On appliqua sur elle un caustique; quelques jours après il y eut des mouvements convulsifs. Le malade mourut le huitième jour; la tumeur était fongueuse et passait à travers une destruction des pariétaux. (P. 23.)

Obs. 196. — Une tumeur circonscrite existait au sommet de la tête d'un homme de 34 ans. Heister la prit pour une loupe; bien qu'elle fût plus rénitente et moins mobile que les tumeurs extérieures ordinaires, il entama les téguments avec la pierre à cautère, dont l'usage lui était familier; le surlendemain le malade mourut. C'était une tumeur fongueuse de la dure mère. (*Thèses de Haller*, t. I, p. 43. L. c., p. 29.)

Obs. 197. — Un enfant de 2 ans portait une tumeur au-dessus de l'oreille droite; l'incision faite par Contador, n'en fit sortir qu'un peu de sang noir. Le lendemain l'enfant mourut. Le pariétal était détruit par une tumeur fongueuse de la dure mère. (P. 31.)

Obs. 197 *bis.*—Saltzman rapporte qu'une tumeur de cette nature fut traitée par l'incision, puis par l'extirpation partielle; le malade mourut. (P. 34.)

Obs. 198. — Une femme de 47 ans avait une tumeur qui, à la suite de plusieurs contusions, avait acquis un volume énorme; elle était située sur le pariétal. On l'embrassa par une ligature. A la chute de la tumeur on reconnut la nature de la maladie.

La malade mourut dans les convulsions. (Louis. *Mém. acad. chir.*, t. V, p. 1.)

Obs. 199. — *Encéphalocèle prise pour une excroissance charnue.*

Pigray rapporte qu'il appliqua des caustiques sur une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, et en apparence formée de chairs baveuses qu'une petite fille de 6 ou 7 ans portait sur le coronal, où elle avait eu une fracture un an auparavant. Aussitôt après l'application du caustique, l'enfant pâlit, eut des vertiges et les yeux égarés. Je lavai, dit Pigray, aussitôt la tumeur avec du vin pour ôter le plutôt possible le caustique que je venais d'appliquer, et je reconnus que la tumeur était formée par la propre substance du cerveau qui avait soulevé la dure-mère. La maladie fut guérie par l'application de compresses et d'un bandage qui repoussèrent doucement, et de jour en jour, la tumeur dans la cavité du crâne. (*Épitome*, LIVRE IV, CHAP. IX.)

Obs. 200. — *Hernie du cervelet chez une fille de 22 ans.*

Lallement présenta à la Société de médecine la tête d'une fille de 22 ans, qui portait au-dessus de la protubérance occipitale externe une tumeur du volume d'un gros œuf, à base étroite et enfoncée. Elle était formée, en partie, par du tissu cellulaire, et contenait à son centre une portion du cervelet qui passait à travers une ouverture du crâne. (*Bulletin de la Faculté de médecine*, 1813, t. IV, p. 351.)

Obs. 201. — *Encéphalocèle pris pour une tumeur extérieure au crâne.*

Une petite négresse naquit sans rien offrir d'anormal. Au bout de quatre semaines on vit apparaître une petite tumeur un peu en dedans de l'apophyse mastoïde droite où elle faisait une saillie d'environ un demi-pouce au-dessous des parties voisines; elle paraissait très-adhérente à l'os, et resta dans le même état pendant deux ans. Alors croyant avoir affaire à une tumeur extérieure au crâne, on tenta de l'enlever, mais à peine les téguments étaient-ils divisés qu'une matière médullaire blanchâtre se présenta à la vue de l'opérateur, et en même temps l'enfant cessa de crier, et tomba dans une espèce de coma. Les lèvres de la plaie furent aussitôt rapprochées, et en six semaines l'enfant fut rétabli. C'était une hernie du cervelet, comme le démontrèrent un examen plus attentif de cette tumeur qui grossit considérablement par l'addition d'une tumeur semblable du côté opposé, et sa dissection faite à la mort du sujet qui eut lieu dans la dix-septième année. (Bennet, *Gaz. méd.*, 1834, p. 667, *extrait d'un journal américain.*)

Obs. 202. — *Tumeur fibreuse de la cinquième paire, simulant un polype du nez.*

Un forgeron, âgé de 25 ans, ressentit tous les symptômes qui dénotent un polype des fosses nasales. L'affection siégeait à gauche, et la joue de ce côté était le siége d'un gonflement. Des tentatives d'extraction de la tumeur furent faites infructueusement, et à plusieurs reprises par le docteur del Greco, et par le professeur Menici. A chaque traction, il semblait au malade qu'on lui entraînât en même temps la joue et l'oreille gauche. Enfin, une nouvelle tentative aussi inutile fut faite par le professeur Vacca Berlinghieri et six jours après le malade succomba avec tous les symptômes d'une inflammation cérébrale. A l'autopsie on trouva que le nerf maxillaire supérieur immédiatement après sa sortie du crâne donnait naissance à une tumeur, qui paraissait provenir de son névrilème, occupait la profondeur de la fosse zygomatique et dont une division s'insinuait par le trou sphéno-palatin dans les fosses nasales où elle se renflait et formait la tumeur mobile qu'on avait prise pour un polype. (*Archives*, t. XXIII, p. 431.)

Obs. 203. — *Anévrisme de l'artère méningée moyenne.*

A la suite d'un coup violent reçu dans la région temporale gauche, une paysanne vit se développer une tumeur dure, mobile, arrondie, qui acquit le volume d'une noix. Le chirurgien considéra la tumeur comme un kyste, et le docteur Krimer partagea son opinion, et conseilla l'enlèvement. Le chirurgien fendit la peau, puis le muscle temporal dans le sens de ses fibres, et disséqua la tumeur qui parut tenir au périoste par un pédicule du volume d'une plume à écrire qui fut considéré comme fibreux, et coupé près du crâne; à l'instant même un jet de sang artériel parut sortir de l'os, et la malade perdit près d'une livre et demie de sang; la plaie fut tamponnée, mais au bout de deux heures la malade perdit connaissance et mourut. L'examen de la tumeur apprit que c'était un sac anévrismal qui provenait de l'artère méningée moyenne et communiquait avec elle par un canal étroit, traversant la suture fronto-pariétale. L'artère méningée moyenne avait acquis dans le crâne le volume du petit doigt, et un épanchement d'une once et demie de sang se remarquait à la base du crâne. (*Journ. des Progrès*, t. X, p. 237.)

Obs. 204. — *Hernie du poumon dans une plaie prise pour une portion d'épiploon.*

Le domestique d'un marinier fut blessé à la partie antérieure et inférieure de la poitrine. Le chirurgien appelé prenant une portion de poumon qui sortait par la plaie pour un lambeau de l'épiploon, y fit une forte ligature. Ruysch reconnut la méprise, mais laissa les choses telles qu'elles étaient; après la chute de l'escarre le malade guérit. (Ruysch. *Obs. anat. chirurg. Obs.* LIII, p. 50.)

Obs. 205. — *Hernie du poumon dans la région du cou.*

Une fille de 18 ans se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, portant sur le côté droit du cou une

tumeur d'un volume variable qui ne dépassa jamais celui du poing, s'élève de la clavicule au niveau du cartilage thyroïde, et présente une base large qui semble s'enfoncer sous la clavicule. Cette tumeur indolente, molle, élastique, disparaît sous la compression exercée de haut en bas, reparaît quand la pression cesse, et surtout quand la poitrine est serrée par un corset; à l'aide du stéthoscope, on y perçoit nettement le bruit respiratoire. M. Breschet pense avoir affaire à une hernie pulmonaire qu'il attribue à l'usage des corsets trop serrés. (*Journal des progrès*, t. XVI, p. 272.)

Obs. 206. — Il se présenta, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de 25 ans qui portait sur la circonférence du haut de la cuisse gauche une tumeur sans changements de couleur à la peau molle, et offrant une apparence de fluctuation. Elle n'offrait aucune espèce de battements. Pelletan la prit pour un abcès froid ou par congestion, traita d'abord le malade par des remèdes antiscrofuleux, et par l'application de diachylum sur la tumeur. Il lui sembla que la fluctuation augmentait; alors il fit une incision sur une escarre préalablement obtenue par la pierre à cautère. Il ne sortit que des caillots de sang privés de leur matière colorante, en quantité considérable à chaque pansement par la compression exercée sur la tumeur. Bientôt une suppuration sanieuse et la gangrène vinrent emporter le malade. Une grande quantité de la même substance fibrineuse était épanchée dans les intervalles qui séparent les muscles de la cuisse. Le foyer répondait à l'artère nourricière du fémur corrodée, dilatée, et irrégulièrement entr'ouverte. (Pelletan, t. II, p. 40.)

Obs. 207. — Pochard, militaire, âgé de 26 ans, portait au pli du bras une tumeur sans changement de couleur à la peau, sans battements, avec une fluctuation sourde. Pelletan la regarda comme une tumeur enkystée, et l'ouvrit avec de la pierre à cautère. Il n'en sortit que des caillots de sang. Le doigt sentit au fond quelques pointes osseuses. Malgré un écoulement de sang en nappe, qui réprima la compression, le malade guérit. La maladie se reproduisit bientôt; le même chirurgien fit une opération analogue à la première; quinze mois après, la maladie récidiva encore. Le malade se confia alors aux soins de Boyer, qui enleva la tumeur par deux incisions elliptiques, et six mois plus tard il fut obligé de faire l'amputation pour une quatrième récidive. Malgré l'opinion de ces chirurgiens, il est à peu près certain qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde. (Boyer lui-même avait reconnu, en dernier lieu, la nature cancéreuse de l'affection que dans sa première opération il avait prise pour un anévrisme.) (Pelletan, *clin. chir.*, t. II, p. 14; Boyer, *mal. chir.*, t. II, p. 412.)

Obs. 208. — Un homme de 23 ans portait à la partie supérieure externe de la jambe, du côté droit, au-dessous du genou, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule dinde, survenue depuis six mois sans cause connue. Au troisième mois de la maladie, le chirurgien, regardant la tumeur comme un abcès froid, y plongea un bistouri; mais au lieu de pus il ne donna issue qu'à du sang épais, noir et à demi coagulé. Il se hâta d'arrêter l'évacuation par un pansement convenable. La plaie se cicatrisa sans accidents.

Pelletan reconnut la nature de la tumeur, et après quelques essais qui eurent pour but la conservation du membre, se décida à l'amputation. La tumeur était formée par du sang provenant, selon lui, de la lésion d'une des branches de la tibiale antérieure, et qui avait rongé tout le condyle externe du tibia, et fourni le sang dont la masse coagulée formait la tumeur. (*Clin. chir.*, t. II, p. 41.)

Obs. 209. — *Exostose de la première phalange du gros orteil, prise pour une verrue. Cautérisation.*

Une jeune femme de 25 ans portait depuis deux ans sous l'ongle du gros orteil une tumeur qui d'abord fort petite avait soulevé l'ongle et l'avait déformé. La malade consulta alors un maréchal expert qui croyant reconnaître une verrue la cautérisa. Le mal ne fit que s'accroître, l'ongle se recourba fortement en arrière, les douleurs vives que cette malade éprouvait la fit entrer à l'Hôtel-Dieu où Dupuytren reconnaissant aussitôt une exostose de la première phalange, en fit l'ablation. (Dupuytren, *Clin. chir.*, t. III, p. 415.)

Obs. 210. — *Hernie musculaire méconnue simulant une hernie.*

Un ouvrier âgé de 33 ans, en faisant un essai pour porter contre son ventre une caisse du poids de 150 livres, sentit une douleur accompagnée d'un craquement à la partie interne et supérieure de la cuisse; il tomba en syncope et, revenu à lui, il ne put se relever, et sentit, dit-il, quelque chose d'embarrassé dans la cuisse. On aperçut alors une tumeur grosse comme une noix, située à la partie interne de la cuisse, et qui en 4 mois atteignit le volume d'un œuf de poule. Elle gênait un peu le malade en marchant et faisait, à 4 pouces au-dessous du ligament de Fallope, une saillie indolente, pâteuse, mobile, qui semblait s'enfoncer dans les muscles, mais que le malade pouvait faire saillir en portant la cuisse dans la flexion et la rotation en dehors et qu'on pouvait alors saisir facilement. Incertain sur la nature de la maladie, on pratiqua à la peau une incision qui permit d'apercevoir l'aponévrose fascia-lata déchirée et un corps mou et rougeâtre engagé dans l'ouverture; la déchirure du fascia-lata fut agrandie et la tumeur cherchée, et ce ne fut qu'après cette recherche infructueuse qu'on commença à soupçonner que la maladie pourrait bien être une hernie musculaire, ce qui devint certain quand, par suite des mouvements indiqués, le malade fit engager dans l'ouverture aponévrotique, une portion du muscle premier adducteur.

(*Journal des progrès*, 1830, tome II, page 237.)

Obs. 211. — *Luxation de l'épaule en arrière méconnue.*

M. ...., âgé de 41 ans, eut l'épaule lésée dans un accès de somnambulisme pendant lequel il lutta contre les personnes qui voulaient le réveiller. Le premier médecin, sans être sûr de la nature de la lésion, la traita long-temps comme une fracture de la clavicule. A la suite de ce traitement, les mouvements restèrent abolis malgré les embrocations et autres remèdes continués pendant 5 mois. A cette époque le malade consulta un grand nombre de chirurgiens dont les uns certifièrent qu'il n'y avait ni fractures ni luxation, et que l'affection était inflammatoire, les autres reconnurent une luxation, mais la jugèrent irréductible. Un chirurgien de la garde nationale regarda même la maladie comme simulée. Ce ne fut guère qu'un an après que la maladie fut reconnue bien positivement pour être une luxation dans la fosse sous-épineuse, d'après des signes qui sans doute n'ont pas été appréciés facilement en raison de l'extrême rareté des luxations de cette espèce. La luxation fut réduite malgré ce laps de temps par M. Sédillot. (*Gaz. méd.*, 1834, p. 129.)

Obs. 212. — *Plaie de l'artère crurale. — Luxation du fémur en haut et en avant méconnue.*

Une jeune fille eut les parties molles, qui recouvrent le fémur, divisées par une charrette, depuis l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles jusque vers la tubérosité sciatique. L'hémorrhagie qui s'en suivit fut arrêtée par la compression de l'artère sous le ligament de Fallope. La compression fut cessée le lendemain. La chaleur et la sensibilité se conservèrent. Le neuvième jour, hémorrhagie foudroyante. Mort. L'artère crurale, ouverte au niveau de l'aîne, avait été comprimée entre le ligament de Fallope et la *tête du fémur luxée en haut et en avant.* Le gonflement traumatique des premiers jours, en cessant à mesure que la suppuration s'établit, laissa une détente telle, que la crurale devint libre. (Miriel, *Thèses*, 1810, n° 77, p. 16.)

Obs. 213.—*Tumeur développée dans le médiastin antérieur, contenant un fragment d'os et des dents, prise pour un anévrisme.*

Un femme de 21 ans est prise des symptômes de pneumonie, conserve de la toux et une expectoration purulente. Une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, offrant des pulsations régulières et très-fortes, paraît au voisinage de l'extrémité sternale de la clavicule droite. D'après le siége et les caractères indiqués, tous les médecins consultés diagnostiquent un anévrisme, soit de l'aorte, soit du tronc brachio-céphalique, et la malade est soumise au traitement de Valsalva. L'autopsie apprit que c'était un kyste placé sur l'aorte.

§ X. *Erreurs de diagnostic, provenant de ce qu'il existe dans la science des opinions erronées.*

On peut rapprocher des erreurs qui précèdent celles qui sont le résultat des idées fausses actuellement répandues sur quelques-uns des points de la science. Alors un chirurgien, quoique parfaitement instruit, méconnaîtra cependant la véritable nature de la maladie. Nous n'en pouvons fournir d'exemple plus frappant que celui qui a trait aux fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Obs. 214.—*Fracture de l'extrémité du radius simulant une luxation du poignet.*

Un maçon, tombé d'un lieu très-élevé, fut apporté à l'Hôtel-Dieu avec des plaies nombreuses. Il succomba à une fracture du crâne. Il avait présenté au poignet un déplacement avec tous les symptômes attribués à la luxation du carpe en arrière. Pelletan, chirurgien en chef, se prononça pour une luxation. Dupuytren n'y vit qu'une fracture. La mort du blessé offrit un moyen de décider la lutte. La luxation était si bien simulée, que, jusqu'au dernier coup de scalpel, Pelletan se crut triomphant; enfin, les os étant séparés, on reconnut une fracture de la partie inférieure de l'avant-bras. L'articulation était intacte. (Malgaigne. *Gaz. médic.*, 1832, p. 790.)

Obs. 215. — *Décollement de l'épiphyse du radius, pris pour une luxation.*

Un jeune homme, âgé de 15 ans, tombe d'un arbre dans le jardin du Luxembourg; il se luxe l'avant-bras en arrière et s'endommage assez sérieusement le poignet du même côté. On croit reconnaître une double luxation, l'une au poignet, l'autre au coude. On fait des efforts pour les réduire. Les parties sont remises à peu près à leur place naturelle. On applique un appareil contentif. Phlegmon interne, gangrène, mort. A l'autopsie on a reconnu que la prétendue luxation du poignet n'était qu'un décollement de l'épiphyse inférieure du radius. (Rognetta. *Gaz. médic.*, 1834, p. 514.)

§ XI. — *Erreurs de diagnostic provenant de ce que l'exercice d'une fonction amène des changements anatomiques qui simulent une maladie.*

C'est surtout à la grossesse que sont dues de pareilles méprises; soit que l'on prenne l'utérus distendu par le produit de la conception pour une autre lésion, soit que l'on commette la méprise inverse. L'emploi du stéthoscope rend actuellement l'erreur à peu près impossible, quand il s'agit d'une grossesse arrivée au cinquième mois et que le germe est vivant; mais, sauf ce cas, il faut convenir que rien n'est plus facile que de confondre l'état de gestation avec quelqu'affection des organes voisins ou de l'utérus lui-même.

Obs. 216. — *Grossesse prise pour une tumeur cancéreuse.*

Morgagni rapporte qu'on le consulta pour une jeune fille dont le ventre avait commencé à se tuméfier, neuf mois après qu'un chirurgien lui eut enlevé une tumeur de la mamelle, qu'on disait cancéreux. On craignait que la tumeur ne fût reproduite dans l'utérus, et on ne pouvait croire qu'elle fût enceinte. Morgagni ne se prononça pas parce qu'il ne sentit pas de mouvements. La jeune fille accoucha peu de temps après. (Morg. *De sed. et caus.* Epist. XLVIII. § 3.)

Obs. 217. — *Grossesse simulée par une tumeur du rein.*

Une femme de trente-cinq ans se présente à l'hôpital pour faire ses couches. Elle meurt le lendemain. On trouva une tumeur énorme qui avait déplacé les intestins et était formée par le rein déplacé et altéré dans sa texture. (Miriel. Thèses, 1810, n° 77.)

Obs. 218. — Une dame enceinte fit un chute sur le ventre, au huitième mois de sa grossesse ; au terme ordinaire, elle accoucha d'un fœtus mort et déjà en putréfaction. Quelques mois après, ses règles devinrent moins abondantes, puis cessèrent entièrement de paraître; vers cette époque, elle fit une nouvelle chute sur le ventre, qui détermina un léger écoulement sanguin par la vulve et des douleurs abdominales. Néanmoins le ventre continuait à grossir, et l'on sentait au-dessous de l'ombilic une tumeur globuleuse; le col de l'utérus rapproché de la vulve, présentait à droite un léger boursouflement; les seins se tuméfiaient; au bout de quelques mois l'utérus occupait la région épigastrique et figurait absolument une grossesse à terme. La malade éprouva alors des douleurs semblables à celles de l'accouchement, et l'on s'attendait à recevoir un enfant, quand on vit sortir par la vulve une grande quantité d'hydatides arrondies transparentes, plus ou moins volumineuses, et qui étaient grappées à un tissu celluleux et mêlées à des caillots de sang noir et fétide. Il en sortit ainsi une quantité considérable; la malade s'affaiblit et succomba. Malheureusement l'autopsie ne put être faite. (Archives, t. XXIV, p. 286.)

Obs. 219. — *Hydatides prises pour la grossesse.*

Une femme âgée de 38 ans, mariée depuis six, ayant eu deux fausses couches à trois mois, se croyait au quatrième mois de sa troisième grossesse. Pour la mener à bon port, elle consulta M. Desgranges qui trouva le ventre plus gros qu'il ne l'est ordinairement à cette époque : des maux de reins, un poids à l'hypogastre, un suintement séro-sanguin par la vulve firent craindre à ce médecin une délivrance prématurée. Au sixième mois la perte devint continue. Au septième des efforts expulsifs avaient dilaté le col dans l'intérieur duquel le doigt reconnut un corps charnu qui tendait à s'avancer. Le médecin pensa que c'était le placenta implanté près du museau de tanche. Mais il ne tarda pas à reconnaître que la circonférence de cette masse n'adhérait nulle part comme l'aurait fait le délivre dont elle n'avait ni les dimensions ni la forme. Les douleurs continuant, M. Desgranges dilatait le col avec le doigt, et faisait presser sur la tumeur de l'hypogastre. A l'aide de ces manœuvres il amena un corps alongé, tout hérissé d'hydatides. C'était comme un lacis cellulaire, *très-lâche*, *très-veineux* (expression de l'auteur), parsemé de nombreuses hydatides, à pédicules grêles, contenant une humeur légèrement visqueuse. (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie.* Nov. 1791).

Obs. 220. —*La grossesse devient surtout cause d'erreur quand l'absence des parties externes de la génération empêche de la soupçonner.*

Alors on attribue les accidents à la rétention des menstrues, c'est ce qui arriva au professeur Rossi, dans un cas où la fécondation s'était opérée par un petit pertuis fistuleux établissant une communication entre le rectum et le vagin complètement oblitéré à son orifice. Cet orifice incisé, dans le but de donner issue aux menstrues, permit de sentir la tête de l'enfant au passage; l'accouchement fut heureux, et plus tard il y en eut d'autres. (*J. des Progrès.* 1827, t. 3, p. 117.)

Obs. 221. — *Cystocèle vaginale survenue brusquement chez une femme récemment accouchée, et prise pour la tête d'un deuxième enfant.*

Hoin rapporte qu'une femme âgée d'environ trente ans, accouchée depuis sept jours, fit un effort assez violent. A l'instant elle sentit aux parties génitales une douleur si vive qu'elle tomba en syncope pendant un quart-d'heure. Quand elle eut repris connaissance, elle s'aperçut qu'elle avait dans le vagin une tumeur considérable, accompagnée de douleurs aiguës qui s'étendaient jusqu'au nombril. Le chirurgien qui l'avait accouchée prit cette tumeur pour la tête d'un deuxième enfant, et les douleurs qui se succédaient les unes aux autres pour les signes d'un nouveau travail. Dans l'intention de faciliter la sortie d'un fœtus, il fit pendant long-temps des manœuvres inconsidérées. Trois jours après, un autre chirurgien reconnut la cystocèle à une tumeur fluctuante sortant du vagin de la longueur de deux pouces, à l'absence de tension de la région hypogastrique, et au commémoratif qui lui apprit que cette femme n'avait pas uriné depuis l'accident, bien que même avant ce moment elle en eût le besoin, et que depuis ce besoin se fût accompagné de douleurs de reins. La cystocèle fut réduite, la malade sondée et guérie. (*Essai sur les différentes hernies*, p. 368 du deuxième volume des *Œuvres de Leblanc.*)

§ XII. *Erreurs de diagnostic provenant de ce que le chirurgien a fait un examen trop superficiel de la maladie.*

On ne saurait trop insister sur la nécessité de ne se prononcer, dans le jugement que l'on porte sur la nature de la maladie, qu'après en avoir fait un examen des plus attentifs. Il arrive trop souvent que le chirurgien, même le plus instruit (et peut-être même à cause de sa vaste expérience), à la vue d'une affection dont les signes lui paraissent évidents, néglige de l'explorer avec soin, et commet une méprise que la plus légère attention eût suffi pour lui faire éviter : d'autres fois, c'est parce qu'il examine la maladie avec des idées préconçues. S'il ne suffisait pas d'avoir signalé une pareille cause d'erreur pour la faire éviter, les exemples suivants prouveraient sans réplique l'importance du précepte qui précède.

Obs. 222. — *Tumeur enkystée des joues prise pour une tumeur érectile.*

Nous avons eu à traiter, dans le courant de mars 1833, un enfant âgé de six ans et demi, qui portait depuis sa naissance une tumeur dans la joue droite. Cette joue avait pris graduellement un volume cinq ou six fois plus considérable que celui de la joue gauche, et rendait la face excessivement difforme.

L'enfant avait été présenté à Dupuytren, qui, dans une de ses leçons cliniques, déclara que la maladie était un *nævus maternus*.

Nous dûmes examiner la tumeur avec le plus grand soin. Nous y reconnûmes de la mollesse et un peu de fluctuation. Sa partie la plus saillante était recouverte d'un réseau vasculaire très-fin et très-délié, qui avait porté le célèbre professeur à diagnostiquer un *nævus*. Soupçonnant cependant que la tumeur pouvait être aqueuse, et voulant éclaircir nos doutes, nous eûmes recours au moyen dont on se sert pour reconnaître les hydrocèles, c'est-à-dire, à l'examen de la tumeur placée au devant d'une bougie, dont les rayons lumineux qui auraient pu arriver à l'œil étaient interceptés par un corps opaque. La joue était parfaitement transparente, mais le peu de fluctuation que nous avions trouvé nous faisant penser que le kyste était multiloculaire, nous eûmes recours à l'extirpation complète du kyste, que nous fîmes d'une manière particulière, qu'il serait hors de propos de décrire ici. L'enfant guérit parfaitement, malgré quelques accidents.

Obs. 223. — *Fracture du crâne méconnue parce que l'on n'a pas rasé toute la tête.*

Une femme avait reçu deux coups de hache. L'un, du tranchant, avait fait une plaie transversale sur chacun des pariétaux qui furent entamés; le second coup, donné avec la masse de la hache, ne fit aucune plaie apparente. Un des plus grands chirurgiens du temps de J.-L. Petit n'observant que la première blessure qui fournissait beaucoup de sang, la regarda comme l'objet principal, et y appliqua trois couronnes de trépan pour tirer la femme de l'assoupissement léthargique où elle était depuis le moment de la blessure. Huit jours après cependant, malgré ces moyens et de nombreuses saignées, elle était dans le même état. J.-L. Petit, à qui la malade fut confiée à cette époque, fit raser toute la tête, trouva une forte contusion au niveau de la partie inférieure du pariétal gauche, l'incisa, découvrit une fracture considérable, releva au moyen du trépan plusieurs pièces d'os enfoncées sur la dure-mère. Deux heures après, tous les accidents cessèrent. La malade fut guérie en moins de trois mois. (J.-L. Petit. *Mal. chir.*, t. I, 63.)

Obs. 225. — Un homme étant tombé à la renverse était dans un état léthargique, un élève en chirurgie, n'ayant reconnu qu'une petite plaie au niveau de l'occipital, avait seulement rasé le derrière de la tête et fait plusieurs saignées. Les accidents persistant, il proposa de trépaner au niveau de la plaie. J.-L. Petit appelé fit raser toute la tête, trouva le crotaphite du côté droit, dur, élevé et douloureux. L'incision qui y fut faite, montra une fracture du temporal de l'étendue d'un pouce. L'assoupissement paraissant diminuer, il suspendit le trépan qu'il se proposait d'appliquer; il sortit beaucoup de sang épanché par la fente de l'os; la malade fut encore saignée, et la guérison parfaite eut lieu au bout de cinquante jours. (*Loc. cit.*, p. 64.)

Obs. 226. — *Tubercule cancéreux sous-cutané; douleurs traitées comme affection rhumatismale; extirpation; guérison.*

Une blanchisseuse avait de vives douleurs qui, partant du bas de la fesse, s'irradiaient au lombe, au jarret et au-devant de la cuisse. Ces douleurs revenaient par crise, et laissaient après elles un engourdissement continuel. Des médecins regardèrent l'affection comme rhumatismale, et employèrent sans succès les moyens usités en pareil cas. Elle entra à l'Hôtel-Dieu où Dupuytren l'ayant examinée, trouva à la partie postérieure et supérieure de la cuisse une petite tumeur sous-cutanée, lenticulaire, dure et sans adhérence à la peau. Une pression légère ramena les crises, et donna des convulsions à la malade. La tumeur, qui était de nature cancéreuse, fut extirpée; les douleurs disparurent. (Clerambault. *Thèse*, p. 21.)

Obs. 227. — Un cordonnier, couché à l'Hôtel-Dieu pour une carie de la colonne vertébrale, avait dans le dos de vives douleurs qui, rapides comme l'éclair, s'irradiaient dans la moitié gauche de la poitrine, revenaient par crises et s'accompagnaient de convulsions, de sueurs, etc. On attribua ces douleurs à l'affection de la colonne vertébrale. Dupuytren ayant un jour été témoin de ces crises, fit des recherches qui lui démontrèrent l'existence de

deux petites tumeurs sous-cutanées, dont la pression ramenait les crises. L'extirpation de ces tumeurs fit cesser dès l'instant même et pour toujours les douleurs. (Clérambault. *Thèse* 1829, n. 90, p. 24.)

Obs. 228. — *Névralgie sous-orbitaire. Tubercule sous-cutané. Extirpation. Guérison.*

Dans un autre cas, une tumeur de même nature, située sous la pommette, était la cause de douleurs qui simulaient parfaitement une névralgie sous-orbitaire. Aussi le malade fut-il traité par les sangsues, les vésicatoires, les moxas, les narcotiques, et sans le moindre succès. On reconnut enfin la cause de la maladie, elle fut enlevée, et le malade fut guéri. (Clérambault, *l. c.*, p. 25.)

Obs. 229. Un amaigrissement progressif entraîna au tombeau un homme de 62 ans, sans qu'on fît attention à une hernie épiploïque très-volumineuse, qui déplaçait fortement l'estomac sans causer aucun symptôme local. (*Essais d'Édimbourg*, tome I, p. 350.)

Obs. 230.—*Luxation du fémur méconnue.*

Guyenot rapporte qu'on méconnut pendant longtemps une luxation du fémur, en haut et en dehors, survenue pendant les efforts de l'accouchement chez une jeune femme. L'accouchement avait été heureux, mais la douleur de la hanche, qui n'avait pas discontinué, avait été attribuée à un dépôt qui se forma dans l'aîne. Au septième mois, malgré les symptômes, l'impossibilité où la malade fut de marcher, son pied étant tourné en dedans et le membre étant raccourci, on ne remonta pas à la cause de la maladie, qu'on ne pouvait trouver dans un effort aussi faible que celui auquel la malade avait été soumise, et on crut à une fausse ankylose. Ce ne fut qu'après deux ans, et après l'emploi infructueux des eaux, des douches, etc., qu'on reconnut bien la luxation et qu'elle fut réduite. (*Mém. acad. chirurg.*, t. V, p. 803.)

Obs. 231.—*Fracture de l'olécrâne méconnue faute d'examen.*

Un maçon, dans une chute d'un lieu élevé, se fit une blessure grave à la tête, blessure qui attira toute l'attention de Boyer. Cinquante jours après, sur une observation du malade, le coude fut examiné, et l'on reconnut une fracture de l'olécrâne, consolidée avec un écartement d'un demi-pouce. (Boyer, t. III, p. 233.)

§ XIII. — *Erreurs du diagnostic provenant de ce que la maladie, par la profondeur de son siége, échappe aux recherches.*

Quand des maladies dont le siége est profond, n'ont pas de symptômes pathognomoniques, à plus forte raison quand leurs symptômes sont obscurs, elles peuvent facilement être prises les unes pour les autres.

Obs. 232.—*Amas de matières stercorales pris pour une néphrite, puis pour un abcès.*

Un homme ressentait dans la région du flanc droit une douleur très-vive qui se propageait jusqu'à la vessie, avec difficulté dans l'émission des urines et constipation qui durait depuis quatre à cinq jours. La maladie fut considérée comme une néphrite aiguë. De l'huile de ricin, administrée par la bouche, fut rejetée par le vomissement. Une tumeur apparut dans le flanc, le ventre demeurant souple dans le reste de son étendue.—Malgré l'application de trente sangsues, la tumeur augmenta de plus en plus, devint très-douloureuse, et présenta un point de fluctuation sur lequel il parut important de pratiquer une incision; toutefois on proposa d'administrer un laxatif *pour s'assurer si le canal intestinal serait libre dans toute son étendue, afin que le liquide purulent prît un libre cours par l'intestin.* Cette potion purgative provoqua des évacuations alvines abondantes, dures et d'une apparence argileuse; le lendemain, la tumeur avait presque complètement disparu; il n'y avait plus de douleur; le malade guérit en peu de temps.—Celui qui rapporte cette observation dit avoir eu connaissance d'un fait dans lequel les médecins appliquèrent le caustique sur la tumeur, et déterminèrent la formation d'un anus contre nature qui amena la consomption et la mort du malade. (*Arch.*, t. XX, p. 581.)

Obs. 233. — *Hernie par le trou ovalaire méconnue.*

Une dame de 47 ans éprouva tout-à-coup, dans la nuit, une douleur très-vive étendue de la région lombaire gauche jusque dans l'hypocondre et dans l'aisselle du même côté. La pression sur la région inguinale et la cuisse ne déterminait pas de douleur; on n'y sentait pas de tumeurs; la région lombaire était douloureuse; l'émission des urines très-difficile et pénible; le lendemain il survint des nausées et du hoquet. La maladie fut considérée comme une néphrite; ce ne fut qu'au bout de huit jours, quand parurent des vomissements de matières stercorales, qu'on distingua une hernie, sans pouvoir en établir le siége. La malade ayant succombé, on trouva un sac herniaire du volume d'une noisette, sans relief extérieur, entouré par la membrane obturatrice, et qui contenait une portion d'épiploon et d'intestin totalement étranglée. Le péritoine offrait les traces d'une violente inflammation. (*Journ. des Progrès*, t. XVI, p. 256.)

Obs. 234. — *Kyste rénal pris pour un anévrisme.*

J. L. Petit raconte qu'un homme de province avait une tumeur dans la région lombaire; on la prit d'abord pour une tumeur anévrismale, puis pour un abcès. On l'ouvrit, il s'écoula une humeur sanguinolente et au fond était une grosse pierre engagée dans l'urètre et le bassinet. (Chopart, t. I, p. 262.)

Obs. 235. — *Polype du larynx pris pour un asthme suffocant.*

Un homme déjà vieux, traité à l'Hôtel-Dieu pour une maladie des voies urinaires, éprouvait de temps en temps des accès de suffocation que l'on attribuait à un asthme suffocant, à un spasme de la glotte. L'intégrité des fonctions respiratoires dans les intervalles éloignait toute idée d'une altération de ces parties; en conséquence, on ne fit aucun traitement. Le malade mourut tout-à-coup au milieu d'une de ces crises. — A l'autopsie, on trouva la glotte fermée par un prolongement cellulo-vasculaire, véritable polype naissant d'un des replis arythéno-épiglottiques. (Dupuytren. *Clin., chir.*, t. III, p. 602.)

§ XIV. — Le diagnostic, ainsi que nous l'avons établi dans le premier chapitre de cette thèse, ne consiste pas seulement à reconnaître la nature d'une maladie, il doit encore porter sur les différentes variétés qu'elle présente. Quelques-unes des observations qui suivent sont des exemples d'erreur de diagnostic, relatives seulement à une circonstance importante de la maladie, qui, du reste, a été reconnue par le chirurgien. Nous voyons que dans les unes on n'a pas soupçonné toute l'étendue du mal, dans d'autres on a ignoré la cause principale des accidents, le degré d'altération dont la partie malade était le siége, les adhérences qui l'unissaient avec les organes voisins, etc., et l'embarras dans lequel les chirurgiens se sont trouvés, les dangers auxquels ils ont exposé leurs malades, en pratiquant des opérations le plus souvent inutiles ou incomplètes, montrent combien il est important d'avoir reconnu toutes les circonstances de la maladie.

Enfin nous avons terminé ce recueil par des exemples de méprises, dont quelques-unes nous ont paru difficiles à classer, et dont les autres ne peuvent être imputées qu'à l'ignorance.

Obs. 236. — *Utérus cancéreux; on ne reconnaît que le cancer du col.*

C'est à une erreur de ce genre que Paletta est redevable d'avoir enlevé avec succès, en avril 1813, la totalité d'un utérus cancéreux, pensant avoir affaire seulement au col. (Velp. *Méd. op.*, t. III, p. 636.)

Obs. 237. — *Portion de poumon herniée regardée comme gangrenée, bien qu'elle ne fût que flétrie. Excision.*

Loiseau rapporte qu'un homme ayant reçu dans le côté droit de la poitrine, entre la troisième et la quatrième côte, un coup d'épée, une portion de poumon s'échappa au dehors. Étant restée trois jours sans être réduite, cette portion de poumon se flétrit et se dessécha; on la regarda comme gangrénée, et on en fit l'excision au niveau de la peau. Cette portion excisée ayant été ensuite trempée dans l'eau, reprit sa couleur naturelle, comme elle l'aurait sans doute reprise si on l'eût réduite au lieu de la couper. Néanmoins le malade guérit. (Boyer, t. VII, p. 271.

Obs. 238. — *Étranglement par le collet du sac; réduction; mort.*

Une hernie que portait un garçon de 13 ans fut réduite de la manière la plus complète. Cependant tous les signes de l'étranglement persistèrent. Après sa mort, on ne pouvait apercevoir dans l'aîne à la vue ni au toucher la plus légère apparence de hernie; mais à l'ouverture du ventre on vit que l'intestin, encore étranglé par le col du sac herniaire, avait été repoussé au-delà de l'anneau, entre les aponévroses de l'abdomen et le péritoine qui se trouvait décollé dans une certaine étendue. (Scarpa, *des hernies*, p. 323.)

Obs. 239. — *Tumeur adhérente crue libre.*

Nous avons entendu raconter par M. le professeur Richerand l'histoire d'une femme qui portait dans l'abdomen une tumeur volumineuse jouissant d'une grande mobilité et pouvant être poussée de l'un et de l'autre côté de l'abdomen. Cette circonstance avait fait penser que la tumeur n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines. On entreprit de l'enlever, et l'on reconnut alors seulement qu'elle adhérait aux intestins, et ne formait qu'une masse avec eux: l'opération resta inachevée.

Obs. 240. — *Hernie de l'ovaire prise pour un entéro-épiplocèle.*

Une tumeur de l'aîne fut prise pour un entéro-épiplocèle. Elle fut mise à découvert, on reconnut l'ovaire hernié, mais dans un état tel qu'il fallut l'emporter avec le bistouri. La malade guérit. (Deneux, *Recherches sur la hernie de l'ovaire*, 1813.)

Obs. 241. — *Tentative d'extirpation d'un kyste de l'ovaire qui n'existait pas.*

Une femme de 27 ans avait l'abdomen aussi développé que si elle avait été au neuvième mois de la grossesse. Toute la cavité abdominale semblait remplie par une tumeur qui paraissait passer facilement d'un côté à l'autre. Ce fut deux ou trois mois après une fausse couche qu'elle vit son ventre augmenter d'abord du côté gauche; elle eut deux ans après une tumeur dans l'aîne, due probablement à un abcès des couches, d'où sortit par l'incision un pus séreux dont l'évacuation, bien qu'en grande quantité, ne diminua point le volume de l'abdomen. Elle se plaignait de douleurs bien distinctes, disait-elle, de celles de l'abcès. Elle fut regardée comme enceinte par la plupart des médecins qu'elle consulta; un autre lui fit la ponction pour une hydropisie de l'ovaire. Ce fut enfin à l'affection de ce dernier organe que se rallièrent les opinions de la plupart des praticiens d'Edimbourg. Vaincu par les instances de la malade, M. Lizars pratiqua une incision dans le but d'enlever l'organe malade, après avoir agrandi l'ouverture et couvert les intestins d'un linge trempé dans de l'eau à 98°.

(Farenh.) « Je voulus, dit-il, examiner l'état de la tumeur, lorsque, à mon étonnement, je n'en trouvai point. Je priai les médecins qui m'accompagnaient de voir qu'il n'y avait pas de tumeur..... L'utérus et les ovaires étaient parfaitement sains. Les intestins furent replacés, les plaies réunies à l'aide de la suture, un traitement antiphlogistique des plus énergiques fut mis en usage; la malade fut guérie en moins d'un mois. « Ce qui nous a induits en erreur, dit M. Lizars, c'est le volume et la distension des intestins, ainsi que la saillie que formaient en avant, derrière le pubis, les vertèbres des lombes. Il était impossible de le reconnaître avant l'opération, car ces circonstances auraient frappé quelques-unes des personnes de l'art qui examinèrent la malade; et ce n'est point pendant l'opération que je m'en aperçus moi-même, mais quelque temps après, quand je cherchai à me rendre compte de ce qui avait pu nous tromper d'une manière si singulière. » (*Archiv. gén. de méd.*, t. VIII, p. 442.)

Obs. 242.—*Tumeur fibreuse des grandes lèvres prise pour une hernie, un abcès, etc.*

Une femme de 36 ans, portait depuis quatre ans une tumeur dure du volume du poing, d'une nature difficile à déterminer. On l'avait successivement considérée comme un abcès froid, un squirre, une hernie. Boyer la considéra comme un kyste. Un écoulement de matière floconneuse par le vagin, coïncidan, tau rapport de la malade, avec une diminution de la tumeur, semblait confirmer le diagnostic. La tumeur fut extirpée; c'est alors que voulant s'assurer de sa nature, on reconnut une masse fibreuse qui se prolongeait fort loin dans le bassin, et qui ne put être extraite qu'avec beaucoup de difficultés. La guérison eut lieu. (Boyer, t. X, p. 400.)

Obs. 243.—*Adhérences méconnues.*

Une femme portait un kyste de l'ovaire, qui avait déjà été ponctionné plusieurs fois. Le docteur Granville en tenta l'extirpation en présence de MM. Brodie, Keate et Earle; mais les adhérences multipliées qui existaient entre la tumeur, d'une part, et de l'autre les intestins et les parois abdominales, et dont on n'avait soupçonné qu'une partie avant l'opération, s'opposèrent à ce que la tumeur pût être enlevée. On fut donc obligé de refermer la plaie par la suture; et malgré une ouverture du péritoine, le huitième jour la malade put se lever. (*Arch. gén. de méd.*, t. XIV, p. 589.)

Obs. 244. — Un jeune homme avait au côté gauche de la poitrine une tumeur considérable, douloureuse, qui, inégalement convexe, s'étendait depuis la clavicule jusqu'à la mamelle du même côté. Elle gagnait la clavicule et s'avançait au-delà, était un peu mobile, très-dure et couverte de vaisseaux variqueux. On la regarda comme une loupe enkystée, et on procéda à l'opération dans cette croyance. On fut très-étonné, après avoir mis à nu toute la tumeur, et au moment où on se disposait à couper sa base d'un seul coup de bistouri, de voir que cette base était osseuse, ainsi que le reste de la tumeur. On fut obligé de remettre l'opération faute d'instruments. — (*Thèse* de Haller, disp. CL, XII, t. V, p. 653.) La cause de cette erreur est dans le siége de l'exostose sur des os très-mobiles et peu longs comme la clavicule, alors que la tumeur elle-même est très-longue. Un mouvement imprimé à l'extrémité du levier qu'elle représente dans ce cas pourra avoir une assez grande étendue sans que l'os auquel sa base adhère semble se déplacer.

Obs. 245. — *Ponction du testicule dans l'hydrocèle.*

Un homme, porteur d'une hydrocèle, avait été traité par la ponction dans un des hôpitaux de Paris, mais la ponction fort douloureuse n'avait donné issue qu'à du sang. Loin de diminuer, la tumeur s'était gonflée, était devenue chaude et douloureuse. Dupuytren l'examinant, reconnut la situation du testicule en avant, et fit la ponction en arrière. (Sabatier. Édit. Sanson et Begin, t. III, p. 14.)

Obs. 246. — *Communiquée par M. Maisonneuve.*

Une jeune personne de 17 ans, d'une grande beauté, portait à la tempe droite une petite tumeur. Dupuytren, indécis sur sa nature, prescrivit un traitement mercuriel. Pendant ce traitement, la tumeur disparut. Mais au bout de six semaines elle reparut; un nouveau traitement fut employé; la tumeur n'en continua pas moins ses progrès; elle envahit toute la tempe, déforma la face au point de rendre la face hideuse, et finit par amener la mort. A l'autopsie, on trouva une tumeur cancéreuse encéphaloïde.

Obs. 247. — *Hernie congénitale étranglée, contenue dans le canal inguinal, méconnue; mort.*

Un jeune homme de 25 ans, au milieu d'efforts de vomissements, aperçut, pour la première fois, dans l'aîne, une tumeur oblongue, douloureuse au toucher. Un chirurgien, pensant qu'elle était le résultat d'un étranglement de hernie, essaya de la réduire, et crut y être parvenu, la pression ayant suffi pour la faire disparaître. Cependant, comme les symptômes d'étranglement persistaient, le malade fut envoyé à l'hôpital, où on attribua les accidents à une toute autre cause. L'erreur ne fut reconnue que quelques instants avant la mort. La hernie était formée par une portion de l'intestin. La portion aponévrotique du muscle grand oblique formait l'enveloppe extérieure de la tumeur. Le sac herniaire était formé par la tunique vaginale du testicule. Ce dernier organe était lui-même arrêté un peu au-dessus de l'anneau inguinal. L'étranglement avait eu lieu à l'orifice supérieur du canal. (Scarpa. *Supplément au traité des hernies*, p. 10.)

Obs. 248. — *Carie du sternum, méconnue.*

Un homme, âgé de 32 ans, éprouvait des symp-

tômes d'affection gastrique caractérisée surtout par des vomissements fréquents. Comme il éprouvait aussi des douleurs à la partie antérieure de la poitrine, on appliqua des ventouses à la région sternale. Depuis ce temps, les douleurs augmentèrent; mais, comme on s'occupait surtout de la maladie primitive, ce ne fut que peu de temps avant la mort du malade qu'on aperçut vers le tiers supérieur du sternum une saillie légère, alongée, transversale, élastique, sans changement de couleur à la peau. Plusieurs conjectures furent hasardées sur ce fait; les uns prirent la tumeur pour une hernie du poumon, d'autres pour une collection de pus communiquant avec un abcès du médiastin. M. Boyer, consulté sur ce point, convint avec M. Lerminier qu'il ne savait pas ce que c'était. Le malade étant mort, on incisa la petite tumeur du sternum qui donna issue à une grande quantité de pus séreux, dont le foyer paraissait siéger dans le lieu même, et provenait de la carie de l'os. Le tissu cellulaire sous-sternal et la portion entérieure du poumon droit qui lui adhère sont parfaitement sains. Il existe au tiers supérieur du sternum une fracture transversale complète qui paraît récente. L'os n'a point subi de changement dans son épaisseur, mais la surface extérieure, aux environs de la fracture, est noirâtre, rugueuse et suppurante; la surface est saine près de la fracture, mais à un pouce au-dessous la substance de l'os est noirâtre et comme ramollie, sans suppuration. (*Archives*, t. XXII, p. 546.)

Obs. 24. — *Communiquée par M. Maisonneuve.*

Un homme se donne un coup de rasoir au niveau du pli du coude, une hémorrhagie abondante a lieu, le chirurgien appelé relève la manche et voit un jet de sang considérable qu'une compression même assez forte arrête à peine; il diagnostique une lésion de l'artère et tamponne la plaie : l'hémorrhagie continue. A l'hôpital, on enlève les vêtements et le bandage, et l'hémorrhagie s'arrête. C'était une hémorrhagie veineuse entretenue par la compression des vêtements.

Obs. 250. — *Blessure de la veine crurale prise pour une blessure de l'artère. Compression. Mort.*

Un jeune orfèvre se fit, avec un emporte-pièce aigu, une petite plaie à la partie supérieure et interne de la cuisse, près de l'arcade crurale. Un chirurgien emploie vainement la compression tant *au-dessus* que sur la plaie elle-même; l'hémorrhagie n'en était que plus active. Au bout de deux heures, porté à l'Hôtel-Dieu, il mourut avant qu'on ait pu rien tenter pour son salut. Au commémoratif et à la situation de la plaie, Dupuytren reconnut la blessure de la veine crurale. L'autopsie montra que la veine seule était en effet blessée. (Sabatier. *Méd. op.*, t. II, 176. *Edit. Sanson et Begin.*)

Obs. 251. — J.-L. Petit a observé une hernie ventrale située entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles, et qui avait acquis la grosseur de la tête d'un enfant. La tumeur rentrait quand la malade était couchée et qu'on la comprimait convenablement. Un jour il ne fut plus possible de la réduire. Le lieu qu'elle occupait et le peu d'incommodité qu'elle causait avaient empêché d'en connaître la nature: on l'avait prise jusque-là pour un dépôt laiteux. Les nausées, les défaillances et les vomissements de matière fécale qui survinrent ne permirent pas de douter que ce ne fût une hernie. (*Mal. chir.*, t. II, p. 257. Heister rapporte des cas analogues.)

Obs. 252. — *Tumeur fongueuse sanguine prise pour une tumeur enkystée.*

Un enfant vint au monde avec deux tumeurs fongueuses sanguines, l'une à la partie supérieure gauche de la poitrine, l'autre à la partie interne du bras. La première, ayant fait des progrès assez considérables, un des chirurgiens consultés crut voir une tumeur enkystée, et appliqua sur sa partie moyenne un morceau de potasse caustique. A la chute de l'escarre, on vit sortir un fongus qui saignait au moindre attouchement, et qu'on s'efforçait en vain de réprimer par des styptiques. Boyer appelé reconnut la maladie, mais trouvant le malade trop jeune pour subir l'ablation du mal, conseilla la ligature du fongus. Il tomba en effet, mais se reproduisit à diverses reprises, et l'enfant mourut d'épuisement. (Boyer, t. II, p. 395.)

Obs. 253. — *Étroitesse extrême du prépuce méconnue, donnant lieu à des lésions prises pour une tumeur cancéreuse.*

Un enfant de deux mois et demi n'avait aucune apparence de verge ni de testicules; il lui survint après sa naissance, au-dessous du pubis, une tumeur ovalaire grosse comme un œuf de poule, dont la surface était ulcérée, rouge et très-humide à la partie moyenne. On sentait une sorte d'ondulation à la pression, et quelques gouttes de liquide s'échappaient de la surface ulcérée. On avait regardé la tumeur comme un cancer incurable qui avait rongé les organes de la génération. Un examen plus attentif fit reconnaître que les accidents dépendaient d'une extrême étroitesse de l'ouverture du prépuce. Une incision convenable fit sortir une bouillie claire, et fit reconnaître au fond de la poche le gland ulcéré. Les accidents cessèrent, et la guérison fut complète au bout d'un mois. (Boyer, t. X, p. 326; Chopard, *Traité des voies urinaires.*)

Obs. 254. — *Cystocèle méconnue pendant* 30 *ans et traitée pour un engorgement du col de la vessie.*

Un individu, âgé de 58 ans, éprouve, depuis 30 ans environ, une difficulté d'uriner presque continuelle, qui ne lui permet de vider sa vessie qu'en deux ou trois reprises à quelques minutes d'intervalle. Jamais il n'a souffert des reins ni rendu de graviers; seulement il se rappelle que les accidents, du côté des voies urinaires, ont commencé à paraître au moment où il fut guéri d'une dartre qu'il

portait à la jambe. Il portait en outre une hernie inguinale dont la gauche était congénitale et la droite fort ancienne. Une consultation eut lieu entre plusieurs médecins qui pensèrent que la vessie ne contenait aucun corps étranger, que l'urètre était parsemé de rétrécissements, que les rétrécissements et la difficulté d'uriner étaient dus à la rétrocession de la dartre, qui exerçait ses ravages sur l'urètre et le col de la vessie. Quant aux hernies, ils conseillèrent de les maintenir avec un suspensoir. Ce ne fut que 25 ans après cette consultation, qu'à l'occasion d'une rétention d'urine, le malade eut recours à M. Ribell, de Perpignan. Celui-ci, prévenu par le récit du malade, fit à peine attention aux hernies; mais, voulant s'assurer des rétrécissements, il trouva que l'urètre était libre et l'avait probablement toujours été; cherchant alors ailleurs la cause de la difficulté dans l'émission des urines, il en vint à l'examen des hernies, et ne tarda pas à se convaincre qu'il avait affaire à une cystocèle inguinale, car 1° la difficulté dans l'émission des urines augmenta avec le volume de la tumeur; 2° pour uriner plus facilement, le malade soulève la hernie de manière à ce que le col en soit la partie la plus déclive ; 3° une injection d'eau dans la vessie augmente le volume de la hernie inguinale gauche et la rend fluctuante. (*Archives*, t. XXI, p. 381.)

Obs. 255. — *Abcès venant d'une carie des vertèbres dorsales, pris pour un abcès froid.*

Un homme affecté de langueur avait éprouvé une douleur habituelle au milieu du dos. On reconnut dans le fond de la région ombilicale une tumeur circonscrite, avec fluctuation manifeste, surtout quand le malade se couchait sur les côtés. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, prit le parti d'y plonger un trois-quarts pour savoir, dit-il, ce qu'elle renfermait. Il en sortit une pinte et demie de pus. Le malade mourut le quatrième jour. Il s'agissait d'une carie des sixième, septième et huitième vertèbres du dos à divers degrés, qui avait suivi l'aorte à son passage à travers le diaphragme et se terminait dans le tissu cellulaire de la partie postérieure du péritoine. (Pelletan, *Clin. Chir.*, t. III, p. 262.)

Obs. 256. — *Abcès sous l'omoplate ouvert dans la poitrine et simulant une phthisie pulmonaire.*

Une femme de 26 ans, ayant négligé de se faire saigner comme elle en avait l'habitude, fut prise d'une maladie que les médecins qualifièrent de pneumonie et *condamnée*, au bout de six mois, comme phthisique. Elle était amaigrie, toussait par quintes, crachait une matière abondante et épaisse, purulente, avait perdu le sommeil. Le docteur Balzac, qui la vit alors pour la première fois, fut frappé par la disposition de l'omoplate du côté droit. Cet os était soulevé par une tumeur profonde débordant du côté de la colonne vertébrale et dans laquelle on sentait la fluctuation; le côté droit de la poitrine était mat, mais la respiration s'y faisait entendre. Une incision fut faite le long du bord vertical de l'omoplate et permit de sentir la fluctuation; un bistouri fut alors plongé dans la tumeur et par l'ouverture il s'écoula une matière analogue à celle qui était expectorée. Ses crachats disparurent entièrement, le foyer purulent se vida, l'omoplate reprit sa place et la malade recouvra la santé. (*Journ. des Progrès*, t. XIII, p. 225.)

Obs. 257. — *Rétroversion de la matrice prise pour un fongus de la vessie.*

Levret rapporte qu'une femme de 50 ans avait dans le bas-ventre des douleurs sourdes soit en allant à la selle, soit en rendant des urines souvent chargées de gravier; ce qu'elle faisait du reste avec difficulté. Toutefois l'urine coulait plus facilement quand la malade était couchée. Lorsqu'elle était debout elle sentait tomber un corps dur dans la vessie ; ce qui produisait le besoin d'uriner avec impossibilité de le faire. Un chirurgien pensa d'abord que c'était un calcul, puis l'ayant sondé, il crut reconnaître un fongus de la vessie. Levret appelé reconnut une antéversion de la matrice qui fut réduite et maintenue dans sa situation naturelle par un pessaire. Dès lors la maladie de vessie disparut pour toujours.

Le même auteur rapporte une autre observation semblable. Une fille de 45 ans croyant avoir la pierre se fit sonder. On ne sentit qu'un corps dur et rond qui n'était pas naturel à ce lieu. Les mêmes recherches et le même moyen que dans le cas précédent obtinrent le même résultat. (*Journ. de méd.*, an 1773, cité par Lassus, *Méd. opérat.*, t. I, p. 316.)

Obs. 258. — *Plaies de tête, signes de compression. Acéphalocystes.*

Un homme fait une chute, point de signe de commotion ni de compression au moment de l'accident. On emploie un traitement antiphlogistique très-actif. Pendant plusieurs jours, le malade va bien, il mange, il se lève. Dix jours après l'accident engourdissement dans le côté droit du corps ; à cet engourdissement succède une hémiplégie ; le malade meurt. — Au lieu de l'épanchement ou du pus que les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu croyaient trouver on ne rencontre qu'un acéphalocyste dans l'épaisseur de l'hémisphère droit. (Clérambault, Thèse 1829, n. 90, p. 14.)

Obs. 259. — M. P. Dalmas a rapporté, dans le tome 1er du *Journal des progrès*, année 1830, l'histoire d'un individu tourmenté de douleurs dans l'abdomen, de constipation, de vomissements, et surtout de souffrances aiguës au fondement, déterminées par l'évacuation des matières fécales, souffrances que le malade rapportait à des tumeurs hémorrhoïdales. Plusieurs médecins, consultés pendant une période de dix années, rapportèrent la maladie, les uns à une affection organique des poumons, les autres à une lésion profonde du foie

ou de l'estomac ; aucun d'eux, chose vraiment extraordinaire, n'eut l'idée d'examiner l'anus et les hémorrhoïdes dont se plaignait le malade. Quand il se présenta à M. Dalmas, celui-ci le trouva dans un état extrême d'affaiblissement. N'ayant rencontré dans la poitrine et l'abdomen aucun signe qui justifiât ce diagnostic des premiers médecins, il explora l'anus, et reconnut un bourrelet formé par la muqueuse du rectum renversée; il pensa que ce pouvait bien être là la cause des accidents. En effet, la tumeur ayant été réduite en plusieurs fois, la santé ne tarda pas à se rétablir.

Obs. 260. — En rapportant une observation de fistule stercorale dont l'ouverture était située à un pouce et demi au-dessus du niveau du pli de la fesse et en dehors, M. Rigal, de Gayac, dit que les médecins qui avaient vu le malade n'ayant jamais songé à sonder la fistule, l'avaient considérée comme entretenue par une nécrose du fémur, et avaient envoyé pendant deux saisons le malade aux eaux thermales des Pyrénées. (*Journal des Progrès*, 1830, t. I, p. 248.)

Obs. 261. — *Tumeur du mesentère prise pour un abcès. Ouverture de l'intestin.—Mort.*

Une demoiselle portait une tumeur qui parut à Lamotte avoir son siége dans le bas-ventre; la paroi abdominale ne lui sembla point intéressée. Cette tumeur s'enfonçait quand on la comprimait, sans qu'on y ressentît de fluctuation. Lamotte jugea que le siége était le mésentère, proche de l'intestin grêle ; sa dureté et son insensibilité lui firent présumer qu'elle était squirrheuse. Les consultants, malgré cette opinion, voulurent l'ouvrir ; ce qu'ils firent après avoir en vain essayé de la ramollir à l'aide de remèdes suppuratifs. Au cinquième jour, ils mirent de la pierre à cautère, puis incisèrent sur l'escharre. L'intestin fut ouvert. D'abord les opérateurs prirent pour du pus la matière qui en sortit; mais bientôt ils reconnurent leur erreur. La malade mourut au troisième jour. (Lamotte, t. I, in-8°, p. 485.)

Obs. 262. — *Hernie de la ligne blanche méconnue.*

Un jeune chirurgien sentit en dansant un craquement dans le creux de l'estomac, à la suite duquel il eut des tiraillements, de la constipation et des vomissements dont on méconnut la cause, en raison d'un voyage sur mer qu'il fut obligé de faire. A son retour en France, les plus célèbres médecins et chirurgiens de Paris méconnurent encore sa maladie qui jusqu'alors n'avait pas été décrite. Ils le tourmentèrent long-temps de leurs remèdes jusqu'au moment où, assistant au cours de Garengeot, il reconnut la cause des accidents qu'il éprouvait en entendant le professeur décrire la hernie de la ligne blanche à laquelle il donna le nom de hernie de l'estomac. Un bandage que le malade construisit aussitôt fit disparaître tous les accidents. (Garengeot. *Mém. acad. chir.*, t. I, p. 703.)

Obs. 263. — *Jet saccadé du sang dans la saignée, pris pour une lésion de l'artère brachiale.*

Dupuytren rapporte qu'il fut appelé un jour, en toute hâte, par un médecin distingué qui, voyant le sang sortir par saccade d'une saignée qu'il venait de faire, croyait avoir intéressé l'artère brachiale. Dupuytren reconnut aussitôt qu'il n'en était rien, et que cela tenait à la position immédiate de la veine sur l'artère qui lui communiquait ses battements. (Dupuytren, *clin.*, t. I, p. 269.)

Obs. 264.—*Coxarthrocace méconnue.*

Un maçon âgé de 19 ans éprouva des douleurs vives dans la hanche gauche et le long de la partie interne de la cuisse et de la jambe; ces douleurs devinrent moins vives ; mais, au bout de cinq mois, les douleurs, la claudication et l'alongement du membre qui était alors d'un pouce et demi, au dire du malade, le forcèrent d'appeler un chirurgien qui, méconnaissant la maladie, ordonna des remèdes internes qui ne firent qu'aggraver les accidents. Un mois après, le membre se raccourcit subitement, des abcès se montrèrent autour de l'articulation et le malade vint mourir à la Charité. (Boyer, t. IV, p. 340.)

Obs. 265.—*Coxarthrocace méconnue.*

Une fille de six ans éprouvait dans la hanche gauche une douleur sourde qui la faisait boiter. Le médecin ordinaire, attribuant cette douleur à la croissance, ne conseilla aucun remède. Six mois après l'invasion de la maladie, M. Boyer constata de l'alongement dans le membre malade, et prescrivit le traitement de la luxation spontanée. Les accidents augmentèrent pendant huit mois. Alors la luxation eut lieu, et la guérison se fit par ankylose. (Boyer, t. IV, page 337).

Obs. 266.—*Distension de la vessie prise pour une tumeur.*

Sabatier dit avoir été consulté pour une femme que l'on se proposait d'envoyer aux eaux dans la vue de fondre une tumeur survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et que l'on croyait avoir son siége dans la matrice. La tumeur disparut par l'introduction d'une sonde. On avait méconnu la nature de cette tumeur, parce que les urines sortaient à volonté et en quantité raisonnable. — Un homme, d'une assez bonne constitution, portait depuis long-temps une tumeur au ventre, tumeur que l'on disait squirrheuse, et que l'on traitait par des bains et des douches sulfureuses. Le malade urinait à volonté; cependant Sabatier introduisit une sonde dans la vessie, et cette introduction *eut son effet ordinaire.* (Sabatier, édit. suiv. Begin, t. II, p. 356.)

Obs. 267. — *Anévrysme des corps caverneux pris pour un abcès.*

Albinus rapporte qu'un jeune homme ayant eu la verge fortement courbée au moment où elle était en érection, il y survint une tumeur sans change-

ment de couleur à la peau, disparaissant incomplètement par la pression, plus volumineuse pendant l'érection. On appliqua sur la tumeur des émollients et des maturatifs, puis on l'incisa largement, malgré les remontrances d'Albinus. Il en résulta une hémorrhagie abondante qui fit périr le malade en peu de jours. Albinus trouva le corps caverneux dilaté, et formant une tumeur remplie de sang comme dans les artères. (Albinus *Annotationes academicæ*, *lib.* III, chap. V. Boyer, t. X, p. 373.)

§ XV. — *Maladies simulées.*

Une dernière source d'incertitude et d'erreurs dans le diagnostic est la mauvaise foi des malades qui, dans un but d'intérêt, simulent les symptômes d'une maladie qu'ils n'ont pas.

Toutes les maladies ne sont pas également faciles à simuler; il en est dont les symptômes nets et précis peuvent être facilement appréciés par le sens du chirurgien, et ne permettent pas d'erreur, tandis que d'autres, dont le diagnostic repose en grande partie sur les sensations du malade ou sur des symptômes vagues et communs à plusieurs lésions, se prêtent merveilleusement à la simulation.

Au premier rang des maladies simulées, nous pouvons donc placer les névralgies, les douleurs rhumatismales, syphilitiques; les paralysies du sentiment, soit du tact, soit de la vue, ou de l'ouie; puisque tous les renseignements qui doivent éclairer le diagnostic doivent être fournis par le malade lui-même. Cependant, comme il y a dans ces affections autre chose que l'exagération ou la diminution de sensibilité; comme, tantôt la douleur suit exactement le trajet d'un nerf, tantôt la paralysie est accompagnée de quelques autres phénomènes, le chirurgien pourra souvent, par des questions captieuses, par l'examen attentif de quelques organes en relation avec l'organe prétendu malade, découvrir la fraude et prononcer sur l'existence de la maladie.

Un second ordre de maladies simulées comprend celles dont les symptômes les plus saillants peuvent être imités par le malade, telles sont : l'incontinence d'urine simulée fréquemment par les jeunes conscrits, qui s'exercent long-temps à uriner goutte à goutte; la rétraction des doigts simulée par la rétraction volontaire aidée même d'une cautérisation superficielle de la peau, afin de faire croire à une cicatrice vicieuse; les ecchymoses simulées par le suc de certaines plantes; les hémorrhoïdes, le renversement du rectum simulés par l'introduction dans l'anus de vésicules ou d'intestin rempli de sang; l'ozène, simulé par l'introduction dans le nez de matières puriformes, fétides, de vieux fromage pourri, etc.

Mais ces maladies ne supportent pas pour la plupart l'examen attentif du chirurgien; on peut éprouver cependant quelque difficulté à reconnaître la fraude dans les cas d'incontinence d'urine. Le fait suivant montrera à la fois l'embarras et le moyen d'en sortir.

Un jeune conscrit était à l'hôpital de Nantes pour une prétendue incontinence d'urine; il était habitué à uriner goutte à goutte, de sorte que pendant plusieurs jours le chirurgien en chef fut indécis sur la réalité de la maladie : un jour cependant il fit venir le jeune conscrit, et, s'asseyant devant lui, l'examinait avec attention. L'examen durait depuis plusieurs minutes : le jeune homme, qui était obligé de faire des efforts violents pour ne laisser échapper l'urine que goutte à goutte, perdant courage, lâcha tout-à-coup ses urines et inonda le visage du chirurgien.

Un troisième ordre comprend les maladies dont on peut produire à volonté les symptômes principaux. Tels sont : l'œdème que l'on peut facilement produire par la ligature d'un membre, une compression long-temps exercée sur le trajet des veines principales; l'otorrhée que l'on peut simuler, en introduisant dans le fond du conduit auditif des corps irritants qui déterminent de la suppuration; la fistule à l'anus que l'on simule d'une manière à peu près analogue; la teigne que l'on a vu simuler par une aspersion d'acide nitrique sur la tête; il se forme alors des croûtes jaunes qui ont plus ou moins l'aspect de celles de la teigne; enfin les ulcères. Cette dernière maladie est déterminée facilement par des substances âcres, irritantes, appliquées sur la peau; et, quand le sujet est en même temps affecté de varices ou de dartres, il devient quelquefois difficile de distinguer si la maladie est due à la fraude ou à la nature.

Cependant, un chirurgien expérimenté qui, avant de se prononcer, aura cherché avec soin à reconnaître les circonstances où se trouve le malade, les intérêts divers qui peuvent le porter à tromper, qui saura multiplier adroitement les questions, et surtout qui ne négligera aucun des moyens fournis par la saine chirurgie pour l'examen de la partie affectée, parviendra presque toujours à découvrir la vérité.

FIN.

RECHERCHES

SUR

LA SURDITÉ

CONSIDÉRÉE SOUS LE RAPPORT DE SES CAUSES ET DE SON TRAITEMENT,

ET

NOUVELLE MÉTHODE

POUR LE CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE;

PAR J.-V. GAIRAL,

CHIRURGIEN AIDE-MAJOR AU 12e RÉGIMENT DE DRAGONS.

RECHERCHES

SUR

LA SURDITÉ.

Plus le physiologiste étudie les secrets de la nature, et plus il reconnaît combien elle est prévoyante. Chaque pas le conduit vers un nouveau sujet d'admiration, et il peut, pour ainsi dire, juger de l'importance des fonctions d'un organe par la position que cet organe occupe dans l'économie. Aussi a-t-il observé que les organes les plus essentiels à la vie, avaient été placés de manière à être garantis des injures des corps qui nous environnent, tandis que ceux qui ne sont considérés que comme accessoires, ont été favorablement disposés pour les défendre contre les diverses attaques, ou les prévenir des fâcheuses rencontres. Delà, la division des fonctions, en organiques et en celles de relation. Les organes chargés de ces dernières, ont chacun une disposition particulière qui nous fait préjuger la différence de chacune de ces fonctions, quoiqu'elles tendent toutes au même but, qui est la conservation de l'individu. En effet, la main, comme organe du toucher, a été placée vers la partie moyenne du tronc, pour nous défendre contre l'action des corps extérieurs, saisir ceux qui peuvent nous être utiles, les présenter au nez et à la bouche, qui les jugent et les admettent, s'ils sont reconnus propres à la nutrition. L'œil chargé de percevoir l'influence de la lumière pour nous faire apprécier les couleurs des corps, et quelques-unes des autres propriétés physiques qui les distinguent, et de diriger nos pas pour nous porter vers tel ou tel objet, a été, comme principal conducteur, fixé à la partie la plus élevée de l'économie.

Tous ces organes, placés superficiellement, ont des relations immédiates avec les agents extérieurs, et sont, par cela même, souvent le siége de maladies qui prendraient rapidement des caractères graves, s'ils n'avaient la latitude de suspendre leurs fonctions pendant le sommeil. C'est alors que les corps environnants pourraient exercer tout leur empire; mais l'oreille, toujours en action, est là pour les avertir. Aussi, sous ce rapport, l'organe de l'ouïe pourrait-il être considéré comme l'organe de la vie de relation le plus propre à la conservation de l'individu; et ce qui tendrait à nous prouver que la nature l'a considéré comme tel; c'est que d'abord elle l'a profondément logé au milieu des parties les plus solides, et qu'ensuite elle lui a assigné la tâche la plus difficile à remplir : celle d'être constamment en éveil.

Par la haute fonction que remplit l'organe de l'ouïe, par l'état déplorable dans lequel sont plongés les malheureux privés de ce sens, nous sommes conduits à penser que l'art n'a dû rien négliger pour le maintenir dans sa rectitude naturelle, ou l'y ramener, en le débarrassant, le plus promptement possible, des maladies qui l'assiégent sans cesse; et cependant, ce qui est digne de remarque, c'est que le diagnostic de ces maladies, et le moyen de les combattre, sont bien loin d'atteindre le degré d'avancement auquel ils sont susceptibles de parvenir.

C'est dans le but de faciliter en partie cet avancement que j'ai cédé aux instances des personnes qui avaient connaissance de mon appareil, et me suis décidé à le publier. Avant d'en parler, j'ai cru devoir jeter un coup d'œil rapide sur les différentes espèces de surdité; les causes qui peuvent les produire, et le traitement qui convient à chaque espèce, réservant, pour l'article traitement, la description de mon appareil et de mes procédés opératoires, comparés à ceux qui ont été publiés jusqu'alors.

C'eût été, sans doute, ici le cas de donner une description succincte de l'anatomie de l'oreille; mais nous avons pensé devoir nous borner à en signaler les points les plus importants, par rapport au cathétérisme et autres opérations, à mesure que nous aurons occasion de parler de la forme ou de la marche de nos instruments.

Quelques personnes me reprocheront peut-être d'avoir trop insisté, tant sur les divers instruments que sur les différents procédés, considérant ces détails comme inutiles. J'avoue que j'aurais pu les

envisager sous un point de vue plus général; mais en m'y arrêtant, j'ai eu le double but de faciliter la comparaison et les recherches que l'on désirerait faire sur cet important sujet.

La surdité est la perte totale du sens de l'ouïe (cophose), et l'on entend par ouïe dure ou difficile, sa diminution plus ou moins grande (dysécie). L'ouïe fausse consiste, tantôt dans l'audition confuse, lorsque les sons aigus et forts, mais facile, lorsqu'ils sont faibles (paracousie); d'autres fois dans une audition différente à chaque oreille (paracousie double).

Ces différentes surdités ont été réduites à deux dénominations; la première est la dysécie, c'est-à-dire, ouïe commençante ou dure, que l'on pourrait appeler aussi surdité incomplète; la seconde est la cophose, ouïe profonde ou nulle, qui prendrait le nom de surdité complète.

On admet cinq espèces de surdité; la première, dite héréditaire, transmise des parents aux enfants dans l'acte de la fécondation; la seconde, que nous appelons congéniale ou de naissance, est la surdité acquise par les enfants, pendant la vie intra-utérine; la troisième est celle qui survient à la suite de quelques maladies ou de quelque accident, et qui a reçu, pour cela, le nom de surdité accidentelle; vient ensuite la surdité des vieillards, appelée surdité sénile; enfin, la surdité sera dite double ou simple, suivant qu'elle occupera les deux oreilles en même temps ou une seule.

Ces cinq divisions étant établies, nous avons pensé, pour en faciliter l'étude, devoir les envisager chacune en particulier, et c'est ce que nous avons fait.

1° *De la Surdité héréditaire.*

On doit entendre par surdité héréditaire, celle transmise des parents aux enfants dans l'acte de la fécondation. La cause appréciable, pour nous, de cette affection, est le défaut de confection de l'organe de l'ouïe. Quant à son mode de transmission, il en est ici comme pour toutes les maladies héréditaires, pour lesquelles on n'a généralement pu nous apprendre rien de positif, tant est mystérieux l'acte important de la fécondation. Nous serons conduits à penser que le sourd-muet qui s'offre à notre observation, s'il est né de parents sourds, a dû recevoir d'eux le germe de l'infirmité dont il est atteint, surtout si les conduits de l'oreille sont parfaitement libres. Mais ici se présente une grande question à résoudre, celle de savoir s'il y a, pour ce malheureux, quelque moyen de guérison. Nul ne doit être abandonné à sa triste position, qu'après que l'on sera intimement convaincu de son incurabilité; et, ne seront considérés comme incurables, que ceux chez lesquels le nerf auditif ne fait pas ses fonctions. Si l'autopsie avait fait reconnaître, dans l'appareil auditif d'un sourd-muet, quelque vice de conformation, tel que l'absence des muscles de l'ouïe ou de ses osselets, comme l'on en a signalé des exemples, ce ne serait pas une raison pour qu'un frère ou un fils, sourd-muet comme lui, dût perdre tout espoir de guérison.

On est autorisé à attribuer la surdité à un vice dans le nerf auditif, toutes les fois que le malade ne perçoit aucun son, soit qu'il se trouve immédiatement en contact avec le corps vibrant, ou non. Mais, si la chute d'un corps solide sur le plancher de la chambre que le malade habite, si la présence d'une montre entre les dents, le bruit d'un tambour, d'une cloche, etc., déterminent chez lui la sensation d'un son obscur, l'on doit concevoir quelque espoir, et chercher ailleurs que dans le nerf auditif la cause de la surdité, qui existe probablement dans la caisse, ses parois ou ses conduits.

2° *De la surdité congéniale ou de naissance.*

La surdité congéniale est celle que les enfants contractent pendant la vie intra-utérine ou l'accouchement, ou qui peut survenir pendant les six ou huit premiers mois de la vie. Je dis qui peut survenir, parce que l'enfant qui vient de naître, peut percevoir les sons pendant un certain temps, et perdre ensuite cette faculté par une cause quelconque, sans qu'il nous ait été possible d'apprécier s'il en avait joui. Car, par le défaut du développement de l'ouïe et de la parole seulement, nous sommes à même de reconnaître que la surdité existe; et, comme les enfants ne parlent pas avant les six ou huit premiers mois, je crois qu'il est, sinon impossible, du moins bien difficile de constater, avant cette époque, l'absence de l'ouïe.

La surdité congéniale reconnaît pour cause le défaut de confection de l'organe de l'ouïe, comme la surdité héréditaire; de plus, elle peut être produite par l'épaississement de la membrane du tympan, l'occlusion ou l'obstruction du canal guttural, et du conduit auditif externe. Leschevin a dit, dans sa théorie des maladies de l'oreille, que le conduit auditif externe était quelquefois trop droit, et que l'ouïe pouvait être vicié par la présence, dans ce canal, de l'air humide qui, pénétrant les tissus des membranes, augmente leur volume, et affaiblit leur ressort; de là, l'ouïe dure: 1° parce qu'en augmentant de volume, les parties du conduit diminuent son diamètre, et ne laissent entrer qu'une petite quantité de rayons sonores. 2° Parce que ces parties deviennent moins élastiques par l'humidité qui les imbibe.

3° *De la Surdité accidentelle.*

La surdité accidentelle est celle qui survient à la suite de quelque maladie ou de quelque accident.

Les causes de cette espèce de surdité se rencontrent dans le conduit auditif externe, la membrane du tympan, la caisse, le canal guttural et le labyrinthe.

Le conduit auditif externe détermine la surdité, toutes les fois qu'il s'oppose à la libre introduction de l'air ; ce qui a lieu quand il est oblitéré par suite de plaies ou d'ulcérations qui, en se cicatrisant, auraient uni ensemble les parois de ce canal et fermé sa cavité ; quand il est rétréci par l'épaississement des parties molles qui le revêtent, suite d'inflammations trop fréquentes, et passées à l'état chronique, ou entièrement bouché par l'accumulation d'une quantité plus ou moins grande de matière cérumineuse, le développement d'un polype, d'un fungus.

La membrane du tympan peut causer la surdité de deux manières : 1° par épaississement ; 2° par relâchement.

L'épaississement est presque toujours le résultat d'inflammations qui, ayant eu leur siége dans le conduit auditif externe (otite externe), ou la caisse (otite interne) se sont communiquées jusqu'à la membrane tympanique, ont envahi le tissu cellulaire des feuillets qui la doublent en dehors et en dedans, n'ont formé qu'un tout de ces différentes parties et se sont terminées par induration ; de là, perte de son élasticité, défaut de transmission des sons, dureté de l'ouïe, et enfin, surdité. Leschevin prétend que la trop grande tension de la membrane du tambour peut amener une altération dans l'audition. Il l'attribue à de violents maux de tête, et à certaines fièvres qui tendent à la frénésie. L'audition est alors, dit-il, très-exaltée, et le malade entend mieux lorsque le temps est humide.

Le relâchement de la membrane du tympan est dû souvent à une grande sécrétion de mucosités, et d'autres fois au gonflement de la membrane interne du conduit auditif, lorsque ce gonflement reconnaît pour cause l'humidité de l'air. Ce fluide retenu et raréfié dans la caisse, peut encore presser la membrane vers le conduit externe, et causer ainsi son relâchement. Mais ce défaut de tension peut aussi dépendre de l'absence de la chaîne des osselets, de la paralysie des muscles du marteau, ou de leur rupture. Il est arrivé que la membrane du tambour, enfoncée dans la caisse, diminuait sa capacité, et produisait ainsi la surdité. On lit un exemple de ce cas dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXXVIII, page 50. La membrane muqueuse de la caisse est souvent atteinte d'inflammation qui, se terminant par suppuration, produit assez ordinairement de grands ravages sur l'appareil de l'audition, et entraîne la perte de ce sens. Si l'inflammation passe à l'état chronique, ce qui arrive le plus fréquemment, il s'opère une sécrétion permanente dont le produit s'épaissit, se durcit, obstrue les fenêtres ronde et ovale, les cellules mastoïdiennes, la portion pierreuse du canal guttural, empêche l'air de pénétrer dans le tambour, et détermine nécessairement la surdité. Cette lésion de l'ouïe reconnaît quelquefois pour cause un épanchement de sang dans la caisse du tambour et les cellules mastoïdiennes, suite d'un coup ou d'une chute qui aurait porté directement sur l'oreille.

Valsalva cite un cas d'hydropisie de l'oreille moyenne.

L'occlusion et l'obstruction, ou le rétrécissement de la trompe d'Eustache, sont des causes fréquentes de la surdité ; la première est ordinairement produite par des ulcérations qui, en se cicatrisant, opèrent l'adhésion de ses parois, ou par la compression qu'exerce sur elle le développement dans son voisinage, d'une tumeur telle que l'engorgement inflammatoire et catarrhal des amygdales et des piliers du voile du palais ; les abcès de ces mêmes parties, des polypes, siégeant à la partie postérieure des narines, etc. Les deux autres résultent le plus souvent du gonflement de la membrane muqueuse, ou de l'accumulation dans son calibre du produit d'une sécrétion. Arnemam a trouvé la trompe obstruée par une matière semblable à de la craie.

De toutes les parties contenues dans le labyrinthe, considérées comme cause du surdité, le nerf auditif est la seule que nous puissions apprécier. Sa destruction par une cause quelconque est incurable. Sa paralysie ou sa compression par un épanchement dans le cerveau, n'offrent pas de grandes ressources, d'où il suit qu'il est très-rare que la surdité n'en soit pas la conséquence.

4° *De la Surdité sénile.*

On entend par surdité sénile, celle qui s'observe chez les vieillards. A un âge avancé, la membrane du tympan se dessèche, s'épaissit, s'endurcit, et même quelquefois s'ossifie. Les mucosités sécrétées en plus grande quantité, occupent le calibre de la trompe, et s'opposent à l'introduction de l'air dans la caisse ; l'humeur de Cotuni diminue ainsi que l'action du nerf acoustique ; de là, dureté de l'ouïe, et même souvent surdité.

5° *De la Surdité simple ou double.*

La surdité est simple toutes les fois qu'il n'y a qu'un organe affecté ; elle est double quand ils le sont tous les deux à la fois. Les causes de cette espèce de surdité, sont les mêmes que toutes celles des surdités que nous venons de passer en revue, et elles n'en diffèrent qu'en ce qu'elles occupent tantôt une oreille et tantôt les deux en même temps.

Traitement.

Sous le point de vue thérapeutique, nous envisagerons seulement les causes de la surdité, de quelque

nature qu'aient été les maladies qui les ont produites. Supposant que ces maladies ont été traitées, nous pensons qu'il ne s'agit plus que de chercher à détruire les traces fâcheuses qu'elles ont laissées. Pour mieux atteindre ce but, nous allons passer en revue chaque espèce de surdité en particulier. La surdité héréditaire et la surdité congéniale ayant été confondues jusqu'à ce jour, beaucoup de moyens thérapeutiques ont été employés pour les guérir, mais la majeure partie ont été infructueux. L'on a eu successivement recours aux injections de toute espèce par le conduit auditif externe, aux purgatifs, aux vésicatoires, aux sétons, aux maxas, aux cautères, à l'ustion de l'apophyse mastoïde. Les injections par la trompe d'Eustache, et la perforation de la membrane du tympan, ont été, tour à tour, conseillées et rejetées.

M. Itard disait, en parlant des injections par la trompe, qu'elles ne pouvaient être utiles que dans le cas de surdité par engouement, et cette cause de surdité de naissance n'était pas, pour lui, la plus fréquente. Cependant, M. Deleau nous dit s'être servi, avec le plus grand succès, dans le traitement des sourds-muets, des injections liquides par le canal guttural; mais M. Itard ayant répété les expériences de M. Deleau, et n'ayant obtenu qu'une amélioration passagère, prétend qu'elle n'était due qu'à cette irritation passagère, résultat de l'injection, et M. Deleau confirme cette assertion par une lettre adressée à l'Académie de Médecine, en septembre 1827, dans laquelle il dit avoir reconnu lui-même, que peu de sourds-muets, à la vérité, avaient à se louer des injections par la trompe d'Eustache.

Il suit de là, que la méthode des injections par le canal guttural, ayant obtenu si peu de crédit chez deux autorités aussi recommandables, surtout celle de M. Itard, courait grand risque d'être rejetée, si nous n'avions mis tous les médecins à même de pouvoir expérimenter sur cette importante matière, en leur rendant facile le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Pour ce qui a rapport à la perforation de la membrane du tympan, nous verrons plus bas ce que nous apprend l'histoire de cette opération, et alors, il nous sera facile de nous convaincre combien les injections par la trompe d'Eustache, et la perforation du tambour, ont fait le sujet d'opinions diverses.

Nous ferons connaître quelle est, à cet égard, notre manière de penser, à mesure que nous indiquerons les moyens que nous croyons devoir opposer aux différentes espèces de surdité.

Surdité héréditaire.

Le traitement de cette espèce de surdité est d'autant plus difficile, que la cause en est excessivement cachée. Pour nous, considérant cette affection, seulement sous le point de vue d'un vice de confection de l'appareil auditif, cette cause étant la seule qu'il nous soit possible d'apprécier, nous pensons que la première indication à remplir, consiste à s'assurer si c'est une véritable cophose, à laquelle on a affaire; pour cela, l'on tâchera de reconnaître si le malade ne perçoit aucun son, soit par l'intermédiaire de l'air, soit par le contact des corps vibrants. Ainsi, le son d'un instrument à corde, d'un tambour, d'une cloche, etc., pourraient ne pas être apprécié, sans que pour cela la cophose existât; mais, s'il arrivait que le malade ne perçût pas les vibrations d'un corps en contact avec lui, tel que la présence d'une montre entre ses dents, la chute d'un corps sur le plancher de la chambre où il est, alors on serait assuré qu'il y a positivement cophose. Dans le premier cas, la maladie existerait dans le conduit auditif externe, ou l'oreille moyenne et ses dépendances, tandis que dans le second, elle aurait son siége dans le labyrinthe.

On a dit que le conduit auditif externe était quelquefois trop droit; ce défaut de conformation, quoique fort rare, peut néanmoins exister, et vicier l'audition. Leschevin prétend l'avoir rencontré. Le moyen d'y remédier consiste dans l'usage d'un cornet acoustique, qui, en rassemblant les rayons sonores, en augmente la force, et supplée ainsi aux courbures du conduit. L'audition peut être diminuée par le défaut de tension de la membrane du tympan, suite inévitable de la non existence de la chaîne des osselets, ou des muscles qui les meuvent; de là perception de sons graves, bourdonnement, et le plus souvent absence totale de l'ouïe, qui ne peut être établie qu'en faisant arriver directement l'air extérieur sur la paroi interne de la caisse, par la perforation de la membrane externe, et en entretenant béante cette ouverture artificielle. L'action de l'air s'exerçant alors d'une manière immédiate, les agents chargés, dans l'ordre naturel des choses, de transmettre ses ondulations, deviennent inutiles. Aussi considérons-nous, dans ce cas, la chaîne des osselets, comme de peu d'importance, puisque la fonction dont elle était chargée n'existe plus; et si nous nous rangeons du côté des auteurs qui nous prescrivent tant de la respecter, dans la perforation du tambour, nous dirons plus bas à quoi elle sert après cette opération. La perforation de la membrane du tympan serait encore la seule indication à remplir dans le cas où l'oblitération du canal guttural ne pourrait pas être vaincue.

Nous indiquerons, à l'article perforation du tympan, la manière de la pratiquer.

Si la cause de la surdité héréditaire a son siége dans le labyrinthe, nous ne pensons pas que l'art puisse en triompher. On le reconnaîtra à l'absence des causes qui auraient pu exister dans les parties en

dehors de l'oreille externe, et aux signes indiqués plus haut.

Surdité congéniale.

Si la surdité de naissance est causée par un vice de confection de l'organe de l'ouïe, le traitement est le même que celui que nous venons d'indiquer pour la surdité héréditaire. Dans le cas où elle dépendrait de l'imperforation ou de l'obstruction du conduit auditif externe, ou du canal guttural, il convient d'établir la libre circulation de l'air dans ces conduits, soit en détruisant les fausses membranes qui existent à leurs orifices, soit en les débarrassant des différentes espèces de matières qui occupent leur calibre. Pour détruire la pseudo-membrane qui oblitère le conduit externe, l'on se servira de la pointe d'un bistouri, en ayant soin d'envelopper avec un petit linge le reste de la lame, surtout si la membrane à détruire est placée un peu avant dans le conduit. Un cure-oreille servira à débarrasser ce canal des différentes matières qui peuvent l'obstruer, et si ces matières sont trop desséchées, on aura recours, au préalable, aux injections avec l'eau tiède.

S'il est facile de détruire l'occlusion et l'obstruction du conduit auditif externe, il n'en est pas de même de la trompe d'Eustache, surtout aux yeux de ceux qui se font un fantôme de l'introduction d'une sonde dans ce canal. Nous verrons, à l'article cathétérisme, que cette opération n'est plus aussi difficile qu'elle l'avait paru jusqu'à ce jour, et que l'on pourra aisément, à l'aide d'un stylet tranchant porté par une sonde, aller diviser la pseudo-membrane qui l'oblitère, ou détruire, par le moyen des injections, la matière qui l'obstrue. Il arrive quelquefois, et même assez souvent, que la surdité congéniale tient à un épaississement de la membrane du tympan qui, privée de son élasticité, ne transmet pas à la caisse les rayons sonores qu'elle perçoit; d'où dureté de l'ouïe, et même cophose. Ici, les sons ne pouvant pas parvenir par l'entremise de sa membrane, il est indispensable de les faire arriver directement en perçant cette cloison. Nous considérons comme incurable, tout individu atteint d'un vice de conformation de l'oreille interne.

Surdité accidentelle.

Lorsque le conduit auditif externe est oblitéré par suite de plaie ou d'ulcération qui, en se cicatrisant, aurait uni ensemble les parois du canal, et fermé sa cavité, le chirurgien détruira avec un bistouri les adhérences de ces parois, et introduira tous les jours une tente de charpie, enduite de cérat, jusqu'à parfaite guérison; le canal est-il rétréci par l'épaississement des parties molles qui le revêtent, un bout de grosse sonde de gomme élastique sera placé à demeure pendant un laps de temps plus ou moins long, après lequel, s'il n'y a pas d'amélioration, le malade sera obligé de porter habituellement une canule qui, par sa forme, s'accommode parfaitement à la disposition anatomique du conduit et lui conserve la faculté d'augmenter, par ses courbures, l'intensité des rayons sonores. Celle que je propose, remplit ce double but. Elle a quinze lignes de long, et sa forme est celle du canal. Dans le cas où il existerait un amas de matière cérumineuse, si elle est trop desséchée, l'on pourra la ramollir par quelques injections d'eau tiède, et l'extraire ensuite, avec un cure-oreille. Le développement d'un polype nécessitera l'arrachement et la cautérisation avec le feu, mais mieux avec un caustique; l'existence d'un fongus exige le même moyen curatif.

L'épaississement du tympan est une cause fréquente de surdité. Cette membrane ne pouvant pas vibrer sous l'influence des rayons sonores, la perforation est d'une urgente nécessité; un exemple frappant vient à l'appui de cette assertion.

P. Fransonnette, âgée de 19 ans, avait perdu l'usage libre de l'ouïe, depuis trois ans, lorsqu'elle me fut présentée, le mois de mars dernier, par mon estimable compatriote, M. le docteur Cazez. L'histoire de la maladie m'apprit que Fransonnette avait été atteinte, en 1832, d'une fièvre scarlatine, avec les complications les plus redoutables, et qu'à son entrée en convalescence, l'on s'était aperçu qu'elle était sourde, et que ses oreilles étaient le siége d'un petit écoulement. Voulant m'assurer de l'espèce de surdité à laquelle j'avais affaire, je me plaçai en face de la malade, et lui ayant parlé à voix basse, elle ne m'entendit pas; ayant alors élevé fortement la voix, elle répondit, non sans hésitation, à la question que je lui adressai; mais il n'en fut pas de même lorsque je voulus me placer derrière; car elle resta muette à toutes les demandes que je lui fis, quelque fût le degré d'intensité que je pusse donner à ma voix. L'expérience de la voix ne pouvant plus me suffire, j'eus recours, pour plus d'exactitude, à celle de la montre qui, placée près des pavillons des oreilles, ne fit nullement entendre son mouvement, tandis que ce mouvement était parfaitement perçu, lorsque je la mettais en contact avec les dents de la malade.

Pensant alors qu'il s'agissait d'une dysécie, sur le point d'atteindre le degré de cophose, j'allai à la découverte de la cause de cette affection. Pour cela, je m'assurai de l'état des conduits auditifs, externe et guttural, que je trouvai parfaitement libres. La caisse pouvant être occupée par quelque matière, je poussai une injection avec de l'eau tiède, du côté droit seulement, attendu qu'il me fut impossible de sonder le côté gauche, à cause d'un gonflement de la muqueuse qui tapisse le cornet inférieur; ce gonflement s'étendait jusqu'à l'orifice de la trompe, ce qui m'empêcha d'y entrer par le côté opposé. L'injection faite, la malade porta aussitôt la main à l'oreille, et me donna par là une preuve certaine de l'arrivée du liquide à sa destination; l'ouïe

n'en ayant éprouvé aucune amélioration, je me demandai si la concrétion supposée pourrait être assez consistante pour résister à plusieurs injections, et dans une réponse affirmative, je fis pendant deux jours, deux injections, matin et soir, sans le moindre résultat; mais quel fut mon étonnement de voir le troisième jour, la seconde injection traverser le conduit auditif externe, et venir tomber sur l'épaule de la malade, qui nous dit aussitôt que l'oreille était tout-à-fait débarrassée, et qu'elle entendait, ce dont nous pûmes nous assurer en tenant, à son insu, une montre à peu de distance du pavillon. Le soir, je renouvelai l'injection et j'obtins un résultat semblable à celui du matin; le mieux se soutint pendant quelques heures seulement. Étant resté vingt-quatre heures sans rien faire, l'ouïe reprit son premier état maladif, qui disparut bientôt sous l'influence d'une nouvelle injection. Plusieurs alternatives d'injection et de suspension m'ayant donné le même résultat que celui que je viens de signaler, voici ce que j'en conclus : l'oreille externe et moyenne avait dû être d'abord le siége d'une inflammation aiguë, à laquelle aurait nécessairement participé la membrane tympanique ; de là, ulcération et perforation, épaississement et perte de son élasticité, puisque les sons n'étaient plus transmis. L'inflammation de la caisse, passée à l'état chronique, la muqueuse de cette cavité devait être le siége d'une sécrétion dont le produit, venant se concréter sur l'ouverture accidentelle du tympan, empêchait les rayons sonores d'arriver directement dans le labyrinthe.

Quelle était dans ce cas l'indication à remplir? Pour nous, ce fut de combattre l'inflammation chronique de la caisse, afin de faire cesser la sécrétion morbide, et entretenir béante la perforation du tambour. A cet effet, des pédiluves sinapisés, des injections émollientes et résolutives par la trompe d'Eustache et des douches d'air, plusieurs fois par jour, furent employés avec le plus grand succès ; car après six semaines de traitement, Fransonnette entendit très-bien de l'oreille droite. A cette époque, l'ouverture de la membrane du tympan était telle que la colonne d'air qui la traversait, conservait assez de force dans son trajet, à travers le conduit auditif externe, pour agiter, à sa sortie, la flamme d'une chandelle.

Après de telles données, que penser de l'oreille gauche? Sans doute la membrane du tympan, trop épaisse, ne pouvait pas vibrer et transmettre les sons; peut-être était-elle perforée, et son ouverture bouchée ensuite par quelque concrétion. Au milieu de cette incertitude, je n'avais qu'un seul moyen pour m'assurer de la vérité : c'était les injections par la trompe. Je tentai donc de nouveau le cathétérisme, et je parvins à introduire la sonde, en passant par la narine du même côté. Ayant ensuite poussé une injection, la malade m'accusa aussitôt l'arrivée du liquide dans la caisse. J'insistai sur ce moyen pendant plusieurs jours, sans le moindre résultat, ce qui me conduisit à penser que de ce côté, comme de l'autre, la surdité devait dépendre de l'épaississement de la membrane du tambour, et que l'ouïe ne pourrait être rétablie si je ne pratiquais, par imitation, une ouverture artificielle. Pour remplir cette indication, je fis faire aussitôt mon emporte-pièce qui, quoiqu'il fût grossièrement confectionné, remplit très-bien le but que je me proposais. Une colonne de liquide, poussée par la trompe, traversa le conduit externe et parut au dehors, ce qui me fit acquérir la certitude que l'opération était très-bien faite. Quant aux résultats, ils furent confirmés par la perception des mouvements d'une montre placée aussitôt près de l'oreille opérée.

Des affaires de service m'ayant fait perdre la malade de vue, j'ignore si le mieux se sera soutenu; mais je ne doute point que si j'avais pu continuer le traitement, je n'eusse obtenu un succès complet. Si le relâchement du tympan tient au gonflement de la membrane interne du conduit auditif, ayant pour cause l'humidité de l'air, l'on fera usage de fumigations astringentes; des mucosités sécrétées par la muqueuse de la caisse, s'accumulent quelquefois en assez grande quantité pour faire saillir le tympan au-dehors, et diminuer le degré de tension qui lui est nécessaire; l'air retenu et raréfié dans le tambour, peut presser la membrane vers le conduit externe, et causer ainsi son relâchement. Dans l'un et l'autre cas, l'on fera, par la trompe d'Eustache, des injections, d'abord émollientes, pour vider la caisse, et ensuite astringentes et toniques, 1° pour redonner à la membrane le degré de tension nécessaire; 2° pour diminuer les sécrétions morbides de la muqueuse. Si, sous l'influence de ces moyens, le relâchement persistait, il faudrait recourir à la perforation qui serait aussi indiquée dans l'absence de la chaîne des osselets ou de ses muscles, et l'usage de l'ouverture artificielle serait facilité par des douches d'air poussées par la trompe. Le relâchement peut être tel, que la colonne d'air qui traverse le conduit externe fasse saillir le tympan vers la caisse, et diminue sa capacité: dans ce cas, l'on bouchera avec de la cire, le conduit auditif externe, et l'on poussera, par la trompe, des injections fortement astringentes. Ici, comme dans presque tous les cas de relâchement, les douches d'eau de Barège, par le conduit auditif externe, pourraient être employées avantageusement; mais il faudrait reboucher le conduit aussitôt après la douche, et si l'on n'en obtenait pas de bons résultats, on pratiquerait une ouverture artificielle sur la membrane. L'excès de tension nécessite l'usage des vapeurs émollientes dirigées sur la membrane externe par le conduit externe, d'un bourdonnet de coton cardé, porté habituellement dans ce canal, et de quelques injections anodines poussées par la trompe.

L'inflammation de la muqueuse du tambour porte souvent atteinte aux fonctions de l'ouïe, parce qu'il est fort rare qu'elle se termine par résolution, par suppuration, elle produit des ravages que le cercle dans lequel je me suis circonscrit, ne me permet pas de signaler ici. Aussi, me bornerai-je à considérer cette inflammation seulement à l'état chronique; car c'est sous cette forme que la rencontre habituellement le médecin auriculiste. Ainsi, dans le cas de surdité, qui reconnaîtra pour cause une inflammation chronique de la caisse, l'ouïe ne pourra être rétablie qu'après que cette inflammation aura été détruite. Dans ce but, l'on rappellera une dartre, un écoulement habituel, un exutoire qui auraient disparu subitement; l'on combattra un rhume, une angine chronique, une coqueluche, un ancien coryza, etc.; l'on fera de fréquentes applications de ventouses scarifiées derrière les oreilles; l'on favorisera l'action de ces saignées par des pédiluves sinapisés, de légers purgatifs; si le tube digestif le permet, des gargarismes émollients, et quelques injections de même nature pratiquées par la trompe. Le séton à la nuque produira de bons effets, dans le cas où la maladie résisterait trop long-temps, et après lui, on essayera de brûler quelques moxas aux environs des apophyses mastoïdes. Si, après avoir insisté, pendant un certain temps, sur ces différents moyens, l'on n'obtient pas une amélioration sensible, il faudra recourir à la perforation de la membrane du tympan.

La circonstance d'un coup, d'une chute qui auraient porté directement sur l'oreille ou à la tête, nous faisant présumer un épanchement de sang dans la caisse, l'on s'adressera d'abord aux injections par la trompe, et si elles sont insuffisantes, il faudra se frayer une voie par le conduit auditif externe. Ce dernier moyen serait indispensable dans le cas d'hydropisie de l'oreille moyenne.

Quelquefois, le canal guttural étant fermé, l'air ne peut pas parvenir dans la caisse. L'oblitération de ce canal dépend tantôt de l'adhésion de ses parois, suite d'une cicatrisation, tantôt d'une compression exercée sur elle par une tumeur, un engorgement, un abcès développés dans leur voisinage. Dans le premier cas il faut rompre les adhérences avec un stylet tranchant, conduit par la sonde à travers les fosses nasales, et cicatriser chaque paroi à part, en introduisant une mèche enduite de cérat; dans le second cas il faut enlever la tumeur s'il est possible, faire cesser l'engorgement, ouvrir les abcès, etc., et recourir en dernier ressort à la perforation du tambour. Si le conduit est occupé par des mucosités, ou autres matières, l'on fera des injections aussi long-temps qu'on le jugera nécessaire; et si l'oblitération tient à un gonflement de la muqueuse du canal, l'on emploiera l'éponge préparée, ou peut-être mieux encore, les douches d'air long-temps soutenues.

La surdité qui reconnaît pour cause la paralysie ou la faiblesse du nerf auditif, n'offre pas de grandes ressources. Dans cette circonstance, on a conseillé le galvanisme et le magnétisme minéral. Quant à l'électricité, voici ce que dit Saissy, relativement à l'emploi de ce moyen proposé par quelques physiciens : 1° L'électricité est un moyen peu efficace dans le plus grand nombre de cas; ses effets sont illusoires, momentanés. 2° Cet agent pourra avoir quelques succès dans la paralysie incomplète du nerf auditif. 3° Il sera nul dans l'obstruction de la trompe d'Eustache, de la caisse du tambour, et des cellules mastoïdiennes. 4° Dangereux, si les malades sont irritables, s'ils ont des éblouissements, s'ils sont sujets aux saignements du nez, aux congestions cérébrales, aux douleurs de tête.

Surdité sénile.

Chez les vieillards, l'ouïe s'affaiblit assez habituellement, et cesse même quelquefois. Cette infirmité peut être le résultat d'une maladie; mais elle n'est le plus souvent qu'une conséquence de l'âge. Si la membrane du tympan est épaissie, endurcie, ou ossifiée, la perforation est indispensable. S'il existe un amas de mucosités, ce qui arrive presque toujours, l'on pratiquera, avec l'eau tiède, des injections, auxquelles il faudra revenir souvent. La diminution de l'humeur de Cotuni et de l'action du nerf auditif, sont, à cette époque surtout, au-dessus des ressources de l'art.

Surdité double et simple

Le traitement de cette espèce de surdité est le même que celui des autres surdités en général. Il n'en diffère qu'en ce qu'il s'applique, tantôt à une seule oreille, et tantôt aux deux en même temps : il est bon cependant de dire que, si les deux oreilles avaient besoin d'être opérées, il ne faudrait pas qu'elles le fussent toutes les deux à la fois; c'est-à-dire, que l'on attendrait la guérison de la première opérée pour opérer l'autre.

Cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Avant de parler de mon procédé opératoire, et des instruments dont je me sers, j'ai cru à propos de donner une courte notice historique de cette opération, ainsi que des instruments qui ont été inventés pour l'exécuter. C'est bien, sans contredit, au maître de postes de Versailles que nous devons la première idée de porter des médicaments dans l'oreille, en passant par la trompe d'Eustache; mais la voie par laquelle il parvint dans ce canal, fit bientôt place à une autre qui fut jugée, avec raison, beaucoup plus facile. En effet, Guyot, qui est le maître de postes en question, se sonda lui-même par la

bouche vers le commencement du siècle dernier, et il présenta, en 1724, à l'Académie royale de médecine de Paris, l'appareil dont il s'était servi, et qu'il avait inventé. Cet appareil était une double pompe avec un réservoir commun, mu par deux manivelles disposées en sens contraire, et menées par une roue dentée que faisait tourner un pignon ; du milieu du réservoir partait un tuyau en cuir, auquel était adapté un autre tuyau en étain, recourbé, destiné à être insinué au fond de la bouche, derrière et au-dessus du voile du palais, pour être engagé dans le canal que l'on voulait injecter.

Cette manière, toute vicieuse qu'elle était, ne fut pas perdue pour la chirurgie ; elle l'accueillit avec tout l'enthousiasme que peut inspirer une idée nouvelle, et quelques chirurgiens anglais essayèrent même de se l'approprier. Ainsi Cleland proposa, en 1731, une sonde flexible, en forme de cathéter, qu'il disait être de son invention, et qu'il introduisait par la bouche. L'année d'après son compatriote Wathen se joignit à lui pour présenter, à la société royale de Londres, une sonde flexible et creuse, à la faveur de laquelle ils portaient des médicaments liquides dans l'intérieur de l'oreille. A la même époque, Douglas, autre chirurgien anglais, fit beaucoup d'essais avec des sondes, qu'il disait avoir inventées ; mais il ne put publier aucun succès bien constaté. Cependant, Sabatier lui accorde l'honneur d'avoir le premier démontré, dans ses leçons d'anatomie, la manière d'injecter la trompe d'Eustache par les narines. Peu de temps après, Wathen propose seul une sonde courbe en argent, qu'il introduisait en passant par le nez ; voici comment s'expriment, à ce sujet, les auteurs des commentaires de Leipsick :

Utitur autem fistulâ argentea, commune spacillum longitudine non superante apice paululum incurvato instructâ, et eburneæ seringæ tapida aqua rosarum mellita impletæ aptatâ hanc inter alam et septum nasi hoc modo ingerit, ut ejus convexa pars superiorem partem aperturæ narium respiciat, eamque usque ad orificium ellipticum protrudit : tunc illa pars septo obvertitur, ut incurvatus opax tubam facile intrare possit ; quo facto aquam in eam impellitur, quæ mucum per nasum aut os, aut per utram que cavitatem eluit. Memorat aliquot surdos, hac ratione sanatos, operandi quæ methodum incone declarat (commentarii Lipsiæ, anno 1749, tome VIII, p. 147.)

Tel était, en Angleterre, l'état de la science sur ce point, lorsque, en France, Louis voulut s'assurer par lui-même s'il était possible de sonder le canal guttural de l'oreille, en passant par la bouche ; et après de nombreux et vains essais, il condamna cette voie, disant qu'elle était impraticable ; et Sabatier, après une suite d'expériences faites sur le cadavre, confirma ce que Louis avait avancé. Desault ne voulant pas que les ressources que pouvait offrir le cathétérisme de la trompe d'Eustache, dans le traitement des maladies de l'oreille, fussent perdues pour la thérapeutique, et ayant reconnu vicieuse la méthode par la bouche, essaya, avec succès, de lui substituer celle par les narines. Le professeur Sabatier saisit avec empressement l'heureuse idée de Desault, et inventa un syphon de quatre pouces de long, sur une ligne de diamètre ; les six dernières lignes étaient courbées, et faisaient un angle de cent trente degrés. A l'autre extrémité, le syphon portait un écrou pour être monté sur une seringue ; une petite patte, qui répondait à la concavité de l'autre bout du syphon, servait à faire connaître la situation du bec de cet instrument, lorsqu'il était introduit dans les narines.

Leschevin, dans son mémoire sur la théorie des maladies de l'oreille, couronné en 1763, dit : il n'y a qu'un seul moyen de porter des remèdes directement dans la caisse du tambour, c'est d'y faire des injections par la trompe d'Eustache. Sa large ouverture dans le fond des narines peut permettre, sans de grandes difficultés, l'introduction de la sonde. J'ai répété plusieurs fois cette opération sur des cadavres de différents âges ; après quelques essais, je n'y ai trouvé pas plus de difficultés qu'à sonder par le nez, le canal des larmes ; je me suis servi, dans ces essais, d'un soufflet anatomique, lequel j'introduisais par le nez. (Il paraît avoir borné ses essais sur le cadavre.) Bell eut une toute autre idée de cette opération ; on a proposé, dit-il, dans l'obstruction de la trompe, d'ouvrir ce conduit avec l'extrémité d'un stylet obtus et recourbé, ou même d'y injecter avec une seringue courbe, un peu de lait et d'eau, ou tout autre fluide doux ; mais, quoique ceux qui ont une parfaite connaissance de la structure de ces parties, puissent, après s'y être fort exercés, exécuter assez facilement cette opération sur le cadavre, il n'y a guère lieu d'espérer que l'on en tire aucun avantage dans la pratique ; car, l'irritation que produit sur ces parties, même dans l'état de santé, l'extrémité d'un stylet ou d'une seringue, est si considérable, que toutes les tentatives que l'on fait pour l'introduire, sont fort incertaines, et la difficulté doit fort augmenter, quand l'extrémité du conduit est obstruée par une maladie.

Portal, dans son précis de chirurgie pratique, s'exprime ainsi : « L'on a cru pouvoir injecter la trompe, en la sondant par la bouche. Quelques chirurgiens ont cherché le moyen de perfectionner cette découverte, plusieurs ont cru y avoir réussi ; mais, malheureusement, les succès n'ont pas répondu à ce qu'ils avaient avancé, et je regarde leur tentative comme inutile. Il n'est pas possible, ajoute-t-il, d'injecter la trompe d'Eustache, soit par la bouche, soit par le nez. »

Trucy fut de l'avis de Portal, à cause, disait-il, de la conformation et de la sensibilité des parties.

Au milieu d'une telle diversité d'opinions sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, la possibilité d'une pareille opération serait encore un problème, sans les travaux de Boyer, et surtout, sans ceux de MM. Itard et Deleau, qui l'ont pratiquée dans différentes circonstances; et si elle offre encore quelques difficultés dans son exécution, cela tient plutôt à ce que ces savants qui, n'ayant plus qu'un pas à faire pour donner à leurs instruments tout le degré de perfection possible, se sont arrêtés trop tôt, qu'à la disposition anatomique des parties. En effet, quand on considère la position du canal guttural par rapport à l'apophyse ptérigoïde, l'on voit qu'il forme derrière elle un angle presque droit; d'un autre côté, si l'on suit la sonde, traversant le plancher des fosses nasales, pour aller se placer en dedans de l'apophyse ptérigoïde, l'on remarque qu'elle fait aussi angle droit avec cette éminence; d'où il résulte que l'apophyse ptérigoïde, étant verticalement interposée à la trompe et à la sonde, il a fallu que celle-ci, pour pouvoir être engagée dans la trompe, présentât, dans une étendue donnée, une courbure de tant de degrés, à l'aide de laquelle l'obstacle pût être surmonté en le circonscrivant, et c'est ce qui a été fait.

Le professeur Boyer se servait d'un syphon de quatre pouces de long, offrant une courbure de 136 degrés, dans une étendue de six lignes. Les sondes de MM. Itard, Saissy et Deleau, présentent à peu près la même disposition, ce qui fait que ces instruments, lorsqu'ils sont parvenus à la hauteur de l'apophyse ptérigoïde, la contournent assez pour présenter leur bec à l'orifice de la trompe, avec lequel ils peuvent se mettre en contact. Jusque là l'indication est parfaitement remplie; et si quelques mucosités obstruent l'orifice, une injection pourra facilement les détacher, pénétrer en partie dans le calibre de ce canal, et même, quelquefois, arriver jusqu'à la caisse. Mais si c'est vers le fond de la partie cartilagineuse, ou vers la portion osseuse du canal que la concrétion existe, pour peu qu'elle soit consistante, la colonne liquide ne pourra pas la dissoudre, parce qu'elle n'arrivera qu'après avoir été brisée par les parois de la trompe; car, à cause de la direction oblique de ce conduit de bas en haut, d'avant en arrière, et de dedans en dehors, il est impossible que le bec de la sonde, placé en face de son orifice buccal, lance la colonne liquide directement jusqu'au fond, ce qui ne pourrait avoir lieu, lors même que la sonde serait engagée dans une étendue d'une ou deux lignes, d'où il résulterait que la plus grande partie du liquide tomberait dans le pharynx, et l'autre parviendrait en nappe à sa destination, et ne pourrait, conséquemment, produire le moindre effet; c'est aussi ce qui arrive. Pour obvier à cet inconvénient, il faudrait enfoncer la sonde un peu avant dans la trompe. Mais sa courbure n'ayant que six lignes d'étendue, se trouve nécessairement épuisée sur l'épaisseur du cornet inférieur, et de l'apophyse ptérigoïde; et comment ensuite, avec une tige droite, contourner une autre tige qui lui est perpendiculaire? la chose est impossible; aussi arrive-t-il que, plus on cherche à engager la sonde, plus elle est déjetée en dedans, plus l'on s'enfonce dans le pharynx; de là les épithètes d'impossible ou d'extrêmement difficile, attachées au cathétérisme de la trompe d'Eustache; et l'on conçoit, en effet, que celui qui n'est pas très-habitué à le pratiquer, doit difficilement réussir avec les instruments dont on se sert, le moyen de les introduire n'étant indiqué nulle part d'une manière bien précise. Ainsi Boyer dit, en parlant de son syphon: « On le porte horizontalement dans la fosse nasale, et on lui fait parcourir toute la longueur du méat inférieur, en dirigeant la convexité en haut. Lorsqu'il est arrivé à l'extrémité postérieure du méat, au-dessus du voile du palais, on lui fait exécuter un léger mouvement de rotation, au moyen duquel son extrémité se trouve en haut et en dehors, vers l'orifice de la trompe dans lequel on l'enfonce, en poussant un peu l'instrument. » (*Traité des maladies chirurgicales*, tom. IV, page 39, quatrième édition.)

Le procédé de M. Itard consiste à porter dans la narine, qui correspond à l'oreille que l'on veut injecter, la sonde enduite de cérat, ayant la convexité de sa courbure tournée en haut, et son bec renversé sur le plancher de la cavité nasale: « Quand la sonde, dit-il, a pénétré dans le nez jusqu'au point désigné sur l'échelle, vous relevez doucement le bec de la sonde vers la paroi externe de la narine, et vous la sentez alors s'engager dans une cavité qui ne permet pas à l'instrument, tant que vous le tenez sur ce point, d'avancer ou de reculer. Au reste, cette manœuvre, quoique fort simple, exige une grande dextérité, et un tact des plus parfaits qu'on ne peut acquérir que par des essais répétés sur le cadavre.

« Quand vous avez lieu de croire que l'orifice de la trompe a reçu le bec de la sonde, vous engagez son extrémité extérieure entre les deux branches de la pince, etc. »

Les instruments de M. Saissy, sont des tubes recourbés en forme d'*S* italique irrégulière; l'extrémité qui doit entrer dans la trompe est boutonnée, et l'autre porte un pavillon qui reçoit le syphon de la seringue; sur le côté de ce même pavillon est une petite patte ou plaque. Ces sondes ont quatre pouces de long, une ligne et quart de diamètre; trois courbures, dont la première a trois lignes et demie de sinus, et commence à l'extrémité boutonnée; cette courbure se trouve sur la même ligne que la plaque ou patte. La seconde courbure a trois lignes de sinus; elle est dirigée en bas et à gauche, dans la sonde du côté droit, et à droite dans celle du côté gauche. La troisième courbure a

une ligne et quart de sinus, et est tournée à droite dans la sonde du côté droit, et à gauche dans celle du côté gauche. Ces algalies, dit-il, sont propres aux adultes et aux jeunes gens de quinze à seize ans. Il est nécessaire d'en avoir de plus petite dimension pour les enfants. Le malade étant placé sur un fauteuil, la tête légèrement portée en arrière, l'opérateur, debout en face, tient par le pavillon, et comme une plume à écrire, l'instrument de la main droite, si c'est la trompe droite qu'il s'agit de sonder; la main gauche, ou seulement le petit doigt, posé doucement sur le front du malade, puis il introduit doucement la sonde dans la narine, le bec dirigé en bas. Dès que la première courbure est entrée, on baisse le poignet, en enfonçant l'instrument avec beaucoup de ménagements; lorsque la seconde courbure est engagée en totalité, l'extrémité boutonnée du cathéter est près de l'orifice de la trompe : Il faut alors faire exécuter au poignet un mouvement de rotation en dedans, en élevant un peu cette partie, et en même temps, appuyer la troisième courbure sur la cloison du nez. On doit sonder la trompe gauche avec la main gauche, en observant de faire exécuter à cette partie les mêmes mouvements prescrits pour la droite. On est sûr d'être dans la trompe quand la plaque ou patte est dirigée verticalement en haut, quand l'algalie n'est pas vacillante, et que la liqueur injectée ressort en partie par le pavillon de l'instrument, ou semble en ressortir.

Pour sortir la sonde, il faut la tirer doucement à soi, ensuite, faire des mouvements inverses à ceux qu'on a fait pour l'introduire.

M. Deleau se sert de sondes en gomme élastique, longues de six pouces, et ouvertes aux deux bouts. Des mandrins servent, dit-il, à leur donner une direction fixe, et un petit pavillon en argent, fait à vis, donne la facilité de faire les injections.

Les mandrins sont recourbés de six à dix lignes seulement, et doivent former, avec le reste de la sonde, un angle de cent trente ou cent trente-six degrés; des cordons en soie sont destinés à fixer la sonde.

Pour pratiquer l'opération, dit l'auteur, « je fais asseoir le patient sur une chaise assez basse pour que je puisse, étant placé derrière lui, voir la figure, en lui renversant un peu la tête, avec une main placée sur l'occiput. Si c'est le côté gauche que je veux sonder, je saisis la sonde, armée de son mandrin, à deux pouces et quelques lignes de son extrémité courbée, avec le pouce et le médius de la main droite. Le doigt indicateur soutient et dirige les mouvements de l'instrument que je porte, après l'avoir trempé dans l'huile, dans la fosse nasale, en ayant soin de diriger sa concavité du côté du plancher. Le premier mouvement, que j'exécute le plus promptement possible, sert à faire arriver la sonde jusqu'aux environs de la trompe d'Eustache, qui n'est éloignée que de deux pouces et quelques lignes de la commissure postérieure des narines; le second mouvement m'indique que je touche le voile du palais; le patient fait un mouvement de déglutition; enfin, par un troisième, aussi prompt que les deux premiers, j'arrive dans la trompe d'Eustache, en portant le bec de la sonde en dehors, et un peu en haut.

« Il faut, dans ce premier temps, beaucoup de dextérité acquise par l'habitude.

« Il faut éviter de heurter les parois des fosses nasales; pour cela, il faut suivre exactement leur direction, en ne s'éloignant pas trop du plancher.

« Ces divers préceptes ne sont pas aussi faciles à saisir en se servant de la sonde de M. Itard, parce que sa portion courbée, étant plus longue que celle que je donne à la mienne, on est obligé d'exécuter de plus grands et de plus nombreux mouvements, et en même temps, de suivre plus exactement la direction du plancher des fosses nasales, le contact du métal étant aussi plus douloureux que celui de la gomme élastique, etc.

« Pour s'assurer si la sonde a pénétré dans le lieu convenable, M. Itard enfonce une bougie dans son intérieur, afin de produire de la douleur dans l'oreille interne.

« Voici comment j'évite l'emploi de cette bougie, et comment je pénètre très-avant dans la trompe d'Eustache, malgré le peu de longueur que possède la portion courbée de ma sonde: c'est ce qui fait le sujet du second temps de l'opération. Après avoir pris toutes les mesures ci-devant décrites, pour pénétrer dans la trompe, je m'assure si j'y suis véritablement parvenu, en saisissant avec le pouce et l'indicateur de la même main, qui était sur le sommet de la tête du patient, l'anneau du mandrin, et tenant fixe cette partie de l'instrument, tandis qu'avec la main qui tient toujours la sonde, je pousse celle-ci dans l'intérieur du nez; son extrémité quitte alors le mandrin, et marche en s'enfonçant dans le canal étroit du conduit guttural, autant qu'on puisse le désirer; si ce mécanisme ne s'opère pas, c'est qu'il y a obstacle dans la trompe d'Eustache, ou bien, la sonde ne s'y trouve pas engagée. On retire ensuite le mandrin, et à mesure que l'on juge que sa courbure rentre dans les fosses nasales, on le couche sur la joue du côté de l'oreille que l'on sonde, et on favorise ainsi son extraction. La sonde restée en place y est fixée par un simple nœud, fait au centre du cordon en soie, dont on lie les extrémités sur le sommet de la tête. On visse le pavillon sur la sonde, et on procède aux injections, au moyen d'une seringue longue et calibrée dans des proportions convenables.

On sent, dit-il, que cette sonde flexible, présentant cependant une résistance assez ferme, suit absolument la direction du conduit guttural sitôt

qu'elle abandonne sont mandrin ; elle ne va pas heurter les parois délicates du canal , comme cela arrive avec une sonde métallique. Il ajoute que, pour bien opérer, il faut, dans ce cas-ci, plutôt que dans le cathétérisme de la vessie , acquérir une certaine habileté, qui fait qu'on oublie toutes sortes de préceptes.

En parlant du cathétérisme par la narine opposée, il s'exprime ainsi : « Les instruments que j'emploie sont les mêmes que ceux que j'ai décrits précédemment. Le mandrin diffère seulement dans sa forme et sa grosseur; il est construit de la manière suivante: sa longueur doit être de six pouces; comme la sonde, il faut donner huit à dix lignes de long à la portion courbée , et lui faire former avec le reste de la sonde un angle de cent à cent cinq degrés. Cet angle doit être très-arrondi : il faut aussi que les trois dernières lignes de l'extrémité qui forment le bec , soient un peu recourbées du côté de la convexité de l'instrument , afin que cette portion se trouve dans la direction du conduit guttural, au moment où on lui fait franchir son orifice, et surtout quand la sonde tend à pénétrer plus avant, en retirant le mandrin de la manière qu'il est dit ci-après.

« Pour procéder à l'opération , le patient est placé sur une chaise en face d'une croisée, comme pour sonder l'oreille par la narine correspondante: l'opérateur se place en face de lui, et tient la sonde comme une plume à écrire, de la main droite, pour sonder l'oreille droite, et de la gauche , pour sonder l'oreille gauche. Il l'introduit dans la narine opposée à la trompe où il veut pénétrer, en ayant soin de détourner en haut la convexité de l'instrument; quand la sonde a pénétré à deux pouces et quelques lignes, il lui fait exécuter un mouvement de rotation, de manière que son bec se relève et se porte en dedans; lorsqu'il est à peu près horizontal, l'opérateur appuie la sonde sur la partie postérieure et inférieure de la cloison nasale, et il lui fait exécuter divers mouvements acquis par l'habitude, pour la faire pénétrer à travers l'orifice de la trompe d'Eustache ; il fixe ensuite le mandrin , en le tenant avec le pouce et l'indicateur d'une main , tandis qu'avec l'autre il enfonce la sonde dans la fosse nasale. Si celle-ci glisse de quelques lignes , sans difficulté, sur le mandrin , c'est un signe qu'elle est dans une bonne direction. Pour ramener le mandrin en dehors, il faut le forcer à se redresser un peu en le tirant horizontalement , en même temps qu'on tient la sonde dans la même position , et qu'on l'empêche de suivre les mouvements imprimés au mandrin. Pour opérer cette petite manœuvre , on est obligé d'appuyer sur le bord postérieur de la cloison nasale ; cet os ne souffre pas notablement de cette compression , parce qu'on a eu soin de choisir pour mandrin un fil d'argent bien rétréci, et d'une grosseur médiocre. »

Dans les deux premiers procédés, l'on voit que non-seulement l'arrivée du bec de la sonde , au bord postérieur du plancher des fosses nasales , n'est point indiqué d'une manière précise , chose indispensable , mais encore que le léger mouvement de rotation (Boyer) , la hauteur à laquelle il faut relever le bec de la sonde , vers la paroi externe de la narine (Itard) , n'étant limitée par aucun signe , chacun les exécute comme il l'entend , fort peu s'arrêtent en face de l'orifice de la trompe, et au lieu d'y pénétrer quand ils enfoncent la sonde , ils descendent dans le pharynx , ou vont heurter le côté interne de la base de l'apophyse ptérygoïde.

Le tube recourbé en forme d'*S* italique de M. Saissy, présente de grands inconvénients : 1° Il en faut un pour chaque oreille , 2° il ne peut pas servir pour sonder une trompe , en passant par la narine opposée , 3° enfin , le développement de la force n'étant pas le même chez tous les individus , il faudrait une sonde pour chacun , sans quoi M. Saissy s'exposerait à commettre une erreur en disant que , lorsque la seconde courbure est engagée en totalité , l'extrémité boutonnée du cathéter est près de l'orifice de la trompe.

Quoique la sonde que nous venons de voir laisse beaucoup à désirer , nous ne devons pas moins rendre hommage à l'auteur , d'avoir bien su apprécier combien il est indispensable de bien préciser l'arrivée du bec de la sonde en face de l'orifice de la trompe , parce que c'est le moment d'exécuter le mouvement de rotation.

La méthode de M. Deleau offre-t-elle des avantages bien réels sur celle dont nous venons de signaler les points les plus importants ? c'est pour nous une grande question à résoudre! Cependant, nous ne pouvons nous empêcher d'avouer que si cette méthode obtient quelques succès, elle les doit plutôt à l'habitude qu'a l'auteur de la pratiquer , qu'à la supériorité de ses instruments et de son procédé opératoire , qui est on ne peut plus vague , et qui n'indique par cela même rien de positif.

M. Deleau , à l'exemple de Cléland et Vather , se sert d'une sonde flexible , qu'il dit être bien supérieure aux sondes en métal , en ce que , 1° le contact de ces dernières est plus douloureux que celui des sondes en gomme élastique ; 2° la portion recourbée étant plus longue que celle qu'il donne à la sienne , on est obligé d'exécuter de plus nombreux mouvements.

Examinons d'abord ces deux points :

Pourquoi les sondes métalliques seraient-elles plus douloureuses que celles en gomme élastique, et quel est l'endroit où cette sensation de douleur, ou pour mieux dire, ce chatouillement est le plus appréciable ? est-ce dans les fosses nasales, ou le conduit guttural de l'oreille ?

Nous pensons que la sensation la plus difficile à

supporter, est celle que détermine la sonde en traversant le plancher des fosses nasales, et arrivant sur le voile du palais ; à l'appui de cette assertion nous mettrons la tendance qu'a le patient à porter la tête en arrière. Lorsque l'algalie commence a pénétrer dans le nez, les fréquentes secousses d'éternuement et de déglutition, que détermine la présence de l'instrument, sur la pituitaire et le voile du palais, phénomènes qui n'existent point lorsque ce même instrument est parvenu dans la trompe: car alors, on peut l'abandonner et le laisser quelque temps en place, sans le moindre inconvénient.

Puisque la traversée du plancher des fosses nasales est le temps de l'opération le plus difficile à supporter, voyons si, dans ce dernier cas, les sondes de gomme élastique doivent être préférées à celles en métal.

Considérant que l'une et l'autre sont en contact avec la pituitaire, par leur extrémité recourbée, le degré de pression de la part de l'opérateur n'est pas assez fort pour faire apprécier la différence de résistance, de la sonde armée de son mandrin, ou de la sonde métallique. Il n'y aurait donc que le frottement qui pût ici entrer en ligne de compte ; et envisagée sous ce point de vue, la sonde en métal devrait avoir la préférence. En effet, le frottement d'un corps est d'autant moindre, que ce corps est plus poli. Or, que remarquons-nous dans ce cas? la sonde en métal présente une extrémité boutonnée très-polie ; celle en gomme, coupée dans le sens de son épaisseur, offre des rugosités très-appréciables, d'où il résulte que la première doit être nécessairement plus facile à supporter que la seconde, et par cela même préférable. Quant à l'accusation faite à la courbure, elle est encore bien moins fondée que celle faite à la nature de l'instrument; car on concevra aisément qu'il sera d'autant plus facile de circonscrire le cornet inférieur, et l'apophyse ptérygoïde, que la courbure aura plus d'étendue, et les mouvements n'en seront pas pour cela plus nombreux. Cette circonstance de nombreux mouvements se fait remarquer plus particulièrement avec les sondes dont se sert M. Deleau qui, après avoir introduit l'algalie dans l'orifice de la trompe, est obligé de la faire glisser sur le mandrin, pour la faire pénétrer plus avant, ce qui ne laisse pas que d'avoir de grands inconvénients, parce qu'il ne pourra savoir que très-difficilement, dans un cas d'obstruction, le point où il doit s'arrêter, et que l'extraction du mandrin, quelque flexible qu'il soit, ne peut jamais s'opérer sans douleur. Une sonde solide est bien plus maniable qu'une sonde flexible. Mais pour ne pas perdre de vue les avantages d'une grande courbure, admettons les deux sondes introduites, et voyons ce qui se passe.

Quand la sonde flexible est dans la trompe, libre de son mandrin, l'on est obligé de l'y maintenir avec un cordon, qui, partant de son pavillon, va se fixer tout autour de la tête, d'où il suit qu'elle appuie fortement sur le cornet inférieur et l'apophyse ptérygoïde, et qu'elle exerce d'assez fortes pressions sur les parois de la trompe, par la tendance qu'elle a à se redresser; tandis que la sonde métallique, une fois en place, n'a pas besoin d'être attachée, et que, par sa courbure, elle s'accommode à l'épaisseur du cornet et de l'apophyse, et à la direction du canal, au point de ne pas exercer la plus légère pression ; et comme sa surface est aussi polie que celle de la sonde en gomme, il est facile de concevoir combien elle lui est préférable, surtout si l'on envisage la différence de leur grosseur, considérée sous le rapport de leur calibre. Ainsi, les parois de la sonde en gomme, étant bien plus épaisses que celles de la sonde en métal, celle-ci, sur une grosseur moindre, offrira un calibre beaucoup plus grand, et qui permettra de pousser une colonne liquide ou gazeuse bien plus forte, et de mouvoir dans son intérieur un mandrin, dont nous signalerons plus bas les avantages.

D'après ce que nous venons de voir, il faut se convaincre que, pour pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache, il faut un instrument qui, par sa forme, puisse s'accommoder à la disposition anatomique des parties, et dont des échelles indiquent l'étendue à laquelle il faut l'enfoncer dans les fosses nasales chez tel ou tel individu, et le degré de rotation à exécuter pour le mettre en rapport avec l'orifice de la trompe.

— Celui que je propose remplit ces diverses indications; c'est un tube à anneaux, en argent, de six pouces de long, et d'une à deux lignes de diamètre, présentant une courbure de cent quarante-cinq degrés, dans une étendue de deux pouces, et sur la surface convexe et sur le pavillon des numéros, qui indiquent la distance à parcourir, pour arriver à l'orifice postérieur des fosses nasales, et le degré de rotation à exécuter, pour présenter son bec en face de l'orifice de la trompe ; la courbure qu'il offre, a pour but de circonscrire le cornet inférieur et l'apophyse ptérigoïde, quand on veut l'enfoncer dans le conduit guttural, et faciliter par là son introduction jusqu'à la portion pierreuse. Un stylet à échelle en baleine, est destiné à reconnaître la profondeur à laquelle l'oblitération existe, et à s'assurer si c'est dans la portion cartilagineuse ou la portion osseuse du canal qu'elle a son siége. La facilité avec laquelle ce stylet peut être mu dans la sonde, permet d'exécuter des mouvements de va et vient, à l'aide desquels l'on pourra, sans secousse, faciliter la désobstruction qui sera terminée par les injections. Une petite lame en argent, fixée à un petit manche, sert à mesurer l'intervalle qui sépare le voile du palais des dents incisives anté-

rieures et supérieures. L'échelle qu'il porte sur un de ses bords, est exactement en rapport avec celle que l'on remarque sur la convexité de la sonde, ce qui fait que quand on aura obtenu tel ou tel numéro, en mesurant la voûte palatine, l'on devra introduire dans les fosses nasales la sonde jusqu'au numéro correspondant; alors l'on sera parvenu à leur orifice postérieur, et l'on pourra exécuter le mouvement de rotation; la mesure est plus exacte avec cette espèce de palatomètre qu'avec la sonde, à cause des mouvements du patient.

Manuel opératoire.

Le malade étant assis sur une chaise, la tête fixée sur la poitrine d'un aide, l'opérateur, placé en face, lui fait ouvrir la bouche, porte à plat le palatomètre jusqu'à la base du voile du palais, et s'assure du numéro qui correspond aux dents incisives antérieures et supérieures. Ensuite, prenant la sonde avec la main droite, pour le côté droit, et de la gauche pour le côté gauche, de manière que le pouce soit placé sur la face concave, l'indicateur et le médius sur la face convexe, près de l'échelle, la convexité tournée en haut, il l'engage dans la narine, du côté de la trompe qu'il veut sonder, et en parcourt doucement le plancher, jusqu'au numéro correspondant à celui du palatomètre, qui était en rapport avec les incisives. C'est alors seulement, qu'il est arrivé à l'orifice postérieur des fosses nasales, au-dessus du voile du palais. Ce premier temps de l'opération étant exécuté, il s'agit de présenter le bec de la sonde en face de l'orifice de la trompe pour y pénétrer. Dans ce but, l'on décrit un quart de cercle, par un léger mouvement de rotation en dehors. l'étendue de ce mouvement est limitée par l'apparition du numéro un du pavillon de la sonde, c'est-à-dire, que l'on doit cesser de tourner la sonde en dehors, si je puis m'exprimer ainsi, aussitôt que le numéro un se présente en haut, le numéro deux commençant alors à se faire apercevoir; cette manœuvre constitue le second temps de l'opération. Il est d'autant plus important de l'exécuter avec précision, que de là dépend ordinairement le succès du cathétérisme. En effet, si le mouvement de rotation n'est pas assez étendu, l'on descendra dans le pharynx, lorsque l'on voudra enfoncer la sonde, et s'il l'est trop, l'on ira frapper le côté interne de la base de l'apophyse ptérigoïde. Parvenu en face de l'orifice de la trompe, pour pénétrer dans ce canal, ce qui constitue le troisième temps de l'opération, le chirurgien enfonce avec précaution la sonde, en même temps qu'il continue la rotation, jusqu'à ce que le numéro deux puisse être vu entièrement; et s'il n'y a point d'obstacle, il pourra alors le parcourir dans toute son étendue, jusqu'à la portion osseuse.

En résumé: 1° mesurer, avec le palatomètre, l'étendue de la voûte palatine; 2° enfoncer dans les fosses nasales, la sonde jusqu'au numéro indiqué; 3° exécuter le mouvement de rotation en dehors, jusqu'au numéro un du pavillon, et pénétrer dans la trompe en enfonçant doucement la sonde, en même temps que l'on continue la rotation, jusqu'au numéro deux, telles sont les conditions à remplir pour pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Il arrive quelquefois que l'algalie, engagée dans l'orifice de la trompe, ne peut pas pénétrer plus avant, ou pénétrer seulement de quelques lignes, ce qui dépend des différentes causes déjà signalées; c'est alors le cas de faire usage du mandrin; à cet effet, aussitôt que la sonde rencontre un obstacle, elle est fixée avec une main, tandis qu'avec l'autre l'opérateur enfonce le stylet dans son calibre, qu'il parcourt dans toute son étendue; parvenu à l'extrémité boutonnée de la sonde, celle-ci est-elle arrêtée par un rétrécissement, le mandrin le franchira sans éprouver presque de difficultés, et pénétrera jusqu'à sa portion osseuse. Mais il n'en sera pas de même si c'est une concrétion ou une adhérence des parois qui fait obstacle, car dans l'un et l'autre de ces deux cas, il sera aussi arrêté, et la profondeur à laquelle l'oblitération ou l'obstruction existera, sera indiquée par l'étendue de l'échelle du mandrin, qui restera en dehors du pavillon de la sonde. Ainsi les numéros étant séparés les uns des autres, par un intervalle de deux lignes, si toute l'échelle est en dehors, l'oblitération aura lieu près de l'orifice de la trompe, ou dans toute l'étendue de ce canal, dans le cas où elle aurait procédé du dehors au dedans. Mais si les numéros cinq, quatre, trois, etc., etc., s'engagent dans le pavillon, la profondeur de l'oblitération n'aura lieu que dans une étendue de deux, de quatre ou de six lignes, et ainsi de suite; enfin toute l'échelle est-elle engagée dans le pavillon, l'on peut être assuré que le mandrin à traversé toute la portion cartilagineuse de la trompe, et que par conséquent le siége de l'oblitération doit exister plus loin; c'est-à-dire dans la portion osseuse.

Pour porter le mandrin dans cette partie étroite du canal, et pénétrer dans la caisse, le chirurgien enfonce la sonde, jusqu'à ce que l'échelle du stylet reparaisse entièrement hors du pavillon, ensuite avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, si c'est pour le côté droit, *et vice versa*, il la saisira par les anneaux, et la tiendra solidement fixée en bas et en dedans, près de la base de la cloison des fosses nasales. A cet effet, il prendra un point d'appui sur le front, avec les deux derniers doigts, le médius reposant sur le nez, l'indicateur et le pouce agissant sur les anneaux en sens inverse, comme si l'on voulait faire tourner la sonde en dehors et en haut; pour cela, il est nécessaire que

le pouce embrasse, pour ainsi dire, l'anneau inférieur, et que l'indicateur appuie directement sur l'anneau supérieur. Le but que l'on se propose en agissant de la sorte, est de maintenir la sonde au fond de la trompe, et de faciliter l'entrée du mandrin dans la portion osseuse, en le mettant en face de son orifice; la sonde étant fixée, l'on pousse avec précaution le mandrin jusqu'au numéro deux, et l'on est dans la caisse, que l'on pourrait traverser sans de grands inconvénients, en épuisant toute l'échelle; dans ce cas, le stylet longerait la face interne de la membrane du tympan, et passerait entre les branches de l'étrier. L'opération terminée, l'on retire d'abord le mandrin et puis la sonde, en la couchant sur la joue du même côté.

Cathétérisme par la narine opposée.

Il arrive assez souvent que l'on ne peut pas pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache, en passant par la narine du même côté, ce qui dépend tantôt de la présence d'un polype ou d'un développement des cornets; d'autres fois, d'une grande déviation de la cloison, qu'il ne faut pas confondre avec une exostose du vomer. Cette espèce de tumeur est assez fréquente. Pour mon compte, je l'ai déjà rencontrée plusieurs fois, entre autres, chez un jeune militaire qui mourut à l'hôpital du Val-de-Grâce, vers la fin de septembre dernier, dans le service de M. Casimir Broussais. Ayant voulu, chez ce sujet, sonder les fosses nasales, il nous fut impossible, avec M. Hypolite Larry de traverser le côté droit, et à l'autopsie nous trouvâmes, sur le vomer, une exostose d'une grosseur qui égalait presque la moitié d'un œuf de pigeon coupé dans le sens de la longueur. Cette tumeur s'étendait jusqu'au cornet inférieur, qu'elle comprimait déjà un peu, et formait ainsi une espèce de pont séparant le méat moyen du méat inférieur.

Cette pièce d'anatomie a été conservée et présentée à MM. les membres de la commission nommée par l'Académie de médecine, pour juger mon mémoire.

Lorsque l'on ne peut pas passer par la narine, du côté de la trompe que l'on veut sonder, il est alors indispensable de se frayer une route par la narine opposée; dans ce but, le chirurgien, après avoir mesuré, avec le palatomètre, l'étendue de la voûte palatine, enfonce dans la fosse nasale opposée l'algalie jusqu'au numéro indiqué par le palatomètre, ensuite il exécute un mouvement de rotation en dedans, qu'il cesse aussitôt que les anneaux de la sonde sont dans une direction verticale; alors le bec de l'instrument est en face de l'orifice de la trompe, et pour l'y engager il le pousse doucement, en inclinant un peu le pavillon du côté de l'aile du nez. S'il s'agit ensuite de se servir du mandrin, l'on se conduira comme il a été dit plus haut, avec cette différence cependant que, dans le cas où il faudrait traverser la portion osseuse du canal, l'on fixerait, avec l'indicateur et le pouce, l'extrémité libre de la sonde sur le côté interne du plancher de la narine, près de l'aile du nez, au lieu de la tenir vers la base de la cloison.

Perforation de la membrane du tympan.

On accorde à Riolan l'honneur d'avoir eu le premier l'idée de pratiquer la perforation de la membrane du tympan; mais il paraît que cette idée ne venait pas de lui. Elle lui fut suggérée par le sourd-muet dont il parle, qui acquit la faculté d'entendre en se perçant le tympan involontairement.

Vers 1744 Julien Busson, en France, et Cheselden en Angleterre, conseillèrent de percer le tambour, dans le but de débarrasser l'oreille interne des collections purulentes dont elle pouvait être le siége, et, quelque temps après, cette opération fut mise à exécution, dans un cas de surdité, par Elie, jeune maître en chirurgie, de Paris, ainsi que le fait voir le passage ci-après, rapporté par l'auteur des Annales de médecine d'Altenbourg.

(*Epistolæ ad hallerum scriptæ.*)

« Est lutetiæ homo quidam Eli dictus, qui surditatem curare audet, dum modo malum nona paralysi nervi septimi paris oriatur, en vero ejus methodum tympanum exscindit et subpositum immittit. Feci vero experimenta quædam quæ satis benè ipsi cessarunt. »

Vinrent ensuite Leschevin, Portal, Sabatier, Trucy, etc., qui reconnurent aussi la possibilité de pratiquer l'opération qui nous occupe; mais ni les uns ni les autres n'ont indiqué rien d'assez positif pour que l'on ait pu s'en servir comme guide.

En 1800, Astley Cooper eut le premier la gloire de faire connaître un procédé fort simple, pour percer le tympan. Ce procédé consistait à porter au fond du conduit auditif un trois quarts caché dans sa canule.

Ce célèbre chirurgien rapporte quatre observations couronnées de succès.

Himly, dans son mémoire sur la perforation de la membrane du tympan, et sur les cas qui la nécessitent, revendique en sa faveur la priorité de l'invention sur Cooper. Il a pratiqué plusieurs fois la même opération, et, à cet effet, il a employé une canule très-tranchante, en forme d'emporte-pièce.

Sassy substitua une canule de gomme élastique à la canule en argent dont se servit Cooper, pour porter le trois quarts au fond du conduit auditif, dans le but de perforer le tympan, et voici ce qu'il dit au sujet de cette opération: « La perforation de la membrane du tympan ne peut convenir: 1° que dans le cas où cette cloison est cartilagineuse ou

qu'elle est ossifiée, et que le reste de l'organe est sain; 2° elle sera employée avec quelque succès dans l'imperforation de la trompe d'Eustache, lorsqu'il est impossible de surmonter cet obstacle, lorsqu'il y a vice de conformation, un gonflement chronique, ou un polype dans les narines ; 3° cette opération est insuffisante, lorsque la caisse est obstruée par des matières qui y sont épaissies, au point de ne pouvoir s'écouler dans l'ouverture artificielle ; 4° elle sera vaine quand la surdité dépendra de la paralysie du nerf acoustique ; 5° elle le sera également dans le cas de surdité qui procède d'une affection catarrhale, ou d'une affection nerveuse ; 5° quand la surdité vient à la suite d'une fièvre adynamique, ataxique, et que la trompe est libre, cette opération est sans effet ; 7° enfin cette opération, les deux premiers cas exceptés, doit être rejetée du traitement de la surdité. »

M. Itard en parlant de la perforation du tympan dit : 1° qu'elle est véritablement indiquée dans toutes les espèces de surdité qui reconnaissent pour cause l'oblitération de la trompe, par quelque obstacle inamovible; que cependant il ne faut pas, même dans ce dernier cas, en regarder le succès comme infaillible, par la raison que la cause qui a entraîné cette lésion peut en avoir déterminé de plus profondes ou d'irréparables ;

2° que la facilité avec laquelle se referme la membrane, *est un point important qu'il ne faut pas perdre de vue ;*

3° que quant au mode d'opération, il faut préférer celui qui simplifie le plus l'opération, et la rend en quelque sorte instantanée; comme le plus propre à prévenir le mouvement involontaire de la tête. Il ajoute :

« Je suis loin de vouloir contribuer à l'espèce d'oubli dont cette opération me paraît menacée ; je pense qu'elle n'a contre elle que l'inconvénient *attaché à presque tous les remèdes employés dans les maladies de l'oreille*, l'incertitude du succès ; incertitude qui n'est point suffisante pour la faire proscrire comme inutile. »

Ce médecin distingué se servit d'abord, dans la pratique de cette opération, d'un poinçon d'écaille émoussé vers sa pointe, auquel il ne tarda pas à substituer un stylet d'acier, légèrement enflé vers sa pointe, et rougi au blanc. Dans les premiers jours du mois de juillet 1811, il perfora le tympan à Christian-Dietz, sourd-muet de naissance, et après trois semaines d'injections réitérées, ce sourd entendit. Ici, la première indication à remplir, était le perforation, et elle fut judicieusement secondée par les injections.

M. Deleau perfore le tympan, toutes les fois qu'il est conduit à penser que la surdité dépend du mauvais état de cette membrane, ou qu'il ne peut pas faire arriver l'air dans la caisse, par la trompe d'Eustache, à cause de son oblitération insurmontable. L'instrument dont il se sert, se compose d'une canule droite dans laquelle est mu, par un ressort à double détente, une espèce d'emporte-pièce à vis.

M. Berjaut, dans sa thèse pour le doctorat, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 juillet 1827, se prononce formellement contre la perforation du tympan. Pour nous, bien persuadé que la membrane du tympan ne doit être considérée que comme moyen de transmission des sons, et que souvent, au lieu de les transmettre, elle s'oppose à ce qu'ils parviennent jusqu'au labyrinthe, nous pensons qu'il faut la perforer : 1° toutes les fois qu'elle a perdu la faculté de vibrer, soit parce qu'elle a acquis trop d'épaisseur, ou qu'elle s'est endurcie ou ossifiée, soit parce qu'elle n'est pas assez tendue.

2° Lorsque l'air ne peut pas parvenir dans la caisse, à cause de l'oblitération insurmontable de la trompe d'Eustache.

3° Toutes les fois que l'on sera autorisé à penser qu'il existe, dans l'oreille moyenne, un épanchement ou une collection purulente ou séreuse, qui ne pourrait se faire jour par le canal guttural.

4° Enfin, dans le cas d'oblitération insurmontable de la trompe d'Eustache, le nerf auditif étant paralysé, l'on pourra recourir à cette opération, pour agir directement sur lui.

Manuel opératoire.

De tous les instruments qui ont été inventés pour perforer la membrane du tympan, celui de M. Deleau me paraît devoir mériter la préférence, quoiqu'il ne remplisse pas mieux que les autres les conditions voulues, puisque la pièce n'est pas emportée, et que l'ouverture est faite vers le milieu de la membrane. Quant à celui dont je me sers, je le crois bien supérieur, non-seulement parce qu'il respecte la chaîne des osselets, mais parce que la canule, par sa forme, s'accommodant parfaitement à la disposition du canal auditif, conduit le perforateur sur le bord inférieur de la membrane, et permet de la percer au point le plus déclive, ce qui est d'une bien haute importance, lorsqu'il s'agit de vider la caisse, soit d'un épanchement, soit d'une collection purulente; de plus, la cicatrisation de l'ouverture artificielle qu'il pratique, s'opère difficilement, par la raison que la chaîne des osselets étant intacte, fait éprouver à la membrane des degrés de tension plus ou moins variés, ce qui doit nécessairement nuire à la formation de la cicatrice, surtout si l'on considère qu'il n'y a plus de point d'appui inférieurement, puisqu'il a été détruit par l'action de l'instrument.

Ce ne sont pas seulement ces diverses considérations qui ont valu à mon perforateur la supériorité que je lui reconnais, mais encore, il faut tenir compte de la forme de la canule qui, par ses cour-

bures, pouvant s'accommoder à celles du conduit auditif, permet, dans le cas de rétrécissement par engouement, de la porter à demeure, pendant un temps plus ou moins long, comme j'ai eu l'honneur de le dire plus haut.

Cet instrument se compose :

1° De deux canules en argent, destinées à conduire les perforateurs sur les membranes, offrant des courbures qui s'accommodent parfaitement à celles des conduits auditifs externes, et à l'une des extrémités, une petite patte marquée à la lettre D ou G, suivant que la canule appartient à l'oreille droite ou à l'oreille gauche ; 2° de deux perforateurs, un pour chaque canule, monté sur une tige métallique assez flexible pour pouvoir se prêter aux courbures de la canule, et permettre d'exécuter facilement des mouvements de va et de vient, à l'aide desquels l'on pratique la perforation ; la rainure qui se remarque sur chaque tige, indique la profondeur à laquelle il faut l'enfoncer dans le manche avant d'exercer la pression avec la vis ;

3° Enfin, d'un petit manche droit en argent, portant à l'une de ses extrémités un bouton aplati ; à l'autre, une petite ouverture par laquelle est introduite la tige du perforateur, et une vis de pression pour la maintenir. Pour pratiquer l'opération, le chirurgien introduit d'abord le perforateur dans la canule, en engageant par l'extrémité, opposée à la patte, la tige la première, adapte le manche qu'il avance jusqu'à la rainure et visse. Ensuite, le malade étant assis sur une chaise, la tête fixée sur la poitrine d'un aide, de manière à bien présenter l'oreille, il introduit dans le conduit auditif, la canule cachant le perforateur, l'enfonce avec précaution jusque sur la membrane, et opère la perforation ; pour cela, il saisit avec une main le pavillon de l'oreille, et le porte en haut, tandis que, avec l'autre, tenant la canule par la plaque, il l'introduit jusqu'au fond du conduit auditif où il la tient solidement fixée, sans pousser, abandonnant le pavillon de l'oreille pour s'emparer du manche de l'instrument, il place celui-ci entre l'indicateur et le médium, le pouce étant appliqué sur le bouton, l'enfonce jusqu'à la canule, le ramène aussitôt, et l'opération est terminée.

En résumé, pour pratiquer avec mon instrument la perforation de la membrane du tympan, il faut introduire le perforateur dans la canule, adapter le manche, placer convenablement le malade, porter l'instrument au fond du conduit auditif ; l'y maintenir fixement, saisir le manche, l'enfoncer et le ramener en même temps, et enfin retirer la canule.

Douches d'air.

C'est M. Deleau qui, le premier, a eu l'idée de porter l'air dans l'oreille moyenne ; ayant remarqué que l'injection de ce fluide dans une oreille saine ne produisait aucune sensation douloureuse, il s'en est servi comme moyen d'exploration, et ensuite comme agent thérapeutique.

L'envisageant sous le premier point de vue, il dit avoir observé, que lorsqu'on injecte dans une oreille saine, cette injection détermine un léger engourdissement, sans nuire à la faculté d'entendre, et produit un son analogue à celui d'une pluie assez forte que l'on entendrait tomber sur les feuilles des arbres. C'est ce bruit qu'il désigne par l'expression de *bruit sec de la caisse*. Mais si l'intérieur de la caisse contient un liquide purulent, l'on entend, dit-il, une espèce de gargouillement qu'il appelle *bruit muqueux*; il ajoute que, dans tous les cas de phlegmasie chronique, l'injection de l'air ne cause aucune douleur, mais qu'il n'en est pas de même dans les cas de phlegmasie aiguë.

Considérant ensuite les injections de l'air, comme agent thérapeutique, il pense qu'en les administrant à plusieurs reprises, elles peuvent être utiles dans le cas d'otite chronique pour expulser les matières purulentes, qui sont quelquefois renfermées dans la caisse du tambour, ainsi que pour dilater la trompe d'Eustache, lorsqu'elle a été rétrécie par une phlegmasie qui est entièrement éteinte, mais à la suite de laquelle les parois de la trompe sont cependant devenues plus épaisses que dans l'état normal.

Pour pratiquer ces injections, il introduit, par les fosses nasales, une sonde creuse de gomme élastique, jusque dans la trompe d'Eustache, et ensuite, au moyen d'une pompe qui comprime l'air dans un réservoir muni d'un monomètre, il le pousse dans la sonde pour le faire arriver jusque dans la caisse.

Aux observations de M. Deleau, nous ajouterons, que si la douche d'air est soutenue pendant quelque temps, elle détermine presque toujours une sensation de chaleur douce, assez agréable à supporter; sensation que le malade ne manque jamais d'accuser, et qui devient plus appréciable à mesure que l'on approche de la fin du traitement. De plus nous dirons que, dans le cas de la perforation de la membrane du tympan, les douches peuvent être employées très-avantageusement, parce que l'air qui traverse l'ouverture artificielle, l'agrandit, s'oppose à la formation de la cicatrice, et facilite en cela l'action de l'air extérieur. L'observation rapportée plus haut, vient à l'appui de cette assertion ; en effet, l'on a vu que dans les derniers jours du traitement, l'ouverture de la membrane du tympan était telle, que la colonne d'air qui la traversait, conservaît assez de force, dans son trajet à travers le conduit auditif externe, pour agiter à sa sortie la flamme d'une chandelle.

L'appareil dont nous nous servons pour pratiquer les douches, n'est pas le même que celui de M. Deleau, attendu que ce dernier est fort cher et très-difficile

à transporter; ce qui nous a conduit à essayer de lui en substituer un d'un prix peu élevé, facile à manier, et à l'aide duquel on peut injecter l'air sans exercer la moindre secousse.

Cet instrument se compose d'une grande poche en tissu élastique imperméable, terminée par un collet auquel est adapté un robinet, que reçoit la douille d'un tube très-flexible, terminé par une canule de gomme élastique destinée à être introduite dans le pavillon de la sonde. Pour se servir de cette espèce de soufflet, l'opérateur l'insufle avant d'engager la sonde dans la trompe, ensuite, la sonde étant placée, il le tient sous l'aisselle entre le bras et la poitrine, introduit la canule dans le pavillon de la sonde, qu'il soutient avec une main, ouvre le robinet, et presse avec le bras. Cette manœuvre est très-facile à exécuter lorsque le soufflet est entièrement vide; l'on peut le remplir de nouveau, et renouveler la douche autant de fois qu'on le jugera nécessaire.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Tous les instruments sont représentés dans leur grandeur naturelle, le soufflet excepté.

Fig. 1. Cette figure représente la *sonde*. A. Échelle en rapport avec celle du palatomètre. B. Anneaux placés sur les côtés de la sonde. C. Pavillon portant les nos 1 et 2, destinés à limiter le degré de rotation.

Fig. 2. *Mandrin* en baleine. A. Manche du mandrin. B. Échelle du mandrin.

Fig. 3. *Palatomètre*. A. Manche du palatomètre. B. Lame portant, sur le bord gauche, l'échelle en rapport avec celle de la convexité de la sonde. C. Face inférieure de la lame.

Fig. 4 et 4 *bis*. Ces deux figures montrent les *canules* droite et gauche, à l'aide desquelles les *perforateurs* sont portés au fond des conduits auditifs externes sur les membranes tympaniques. Ces perforateurs sont ici représentés placés dans les canules. A. Point du perforateur jusque auquel doit être avancé le manche avant de le fixer avec la vis. B. Étendue du perforateur sortant de la canule pour traverser la membrane du tympan.

Fig. 5. Manche du perforateur. A. Vis de pression.

Fig. 6. *Soufflet* au tiers de l'exécution. AAA. Circonférence du soufflet. BBB. Robinet en cuivre. C. Clef du robinet. E. Tube élastique. F. Douille métallique du tube s'articulant avec le robinet. G. Canule de gomme élastique, destinée à être introduite dans le pavillon de la sonde.

Nota. Ces instruments ont été exécutés par M. Samson, coutelier, rue de l'École de Médecine.

FIN.

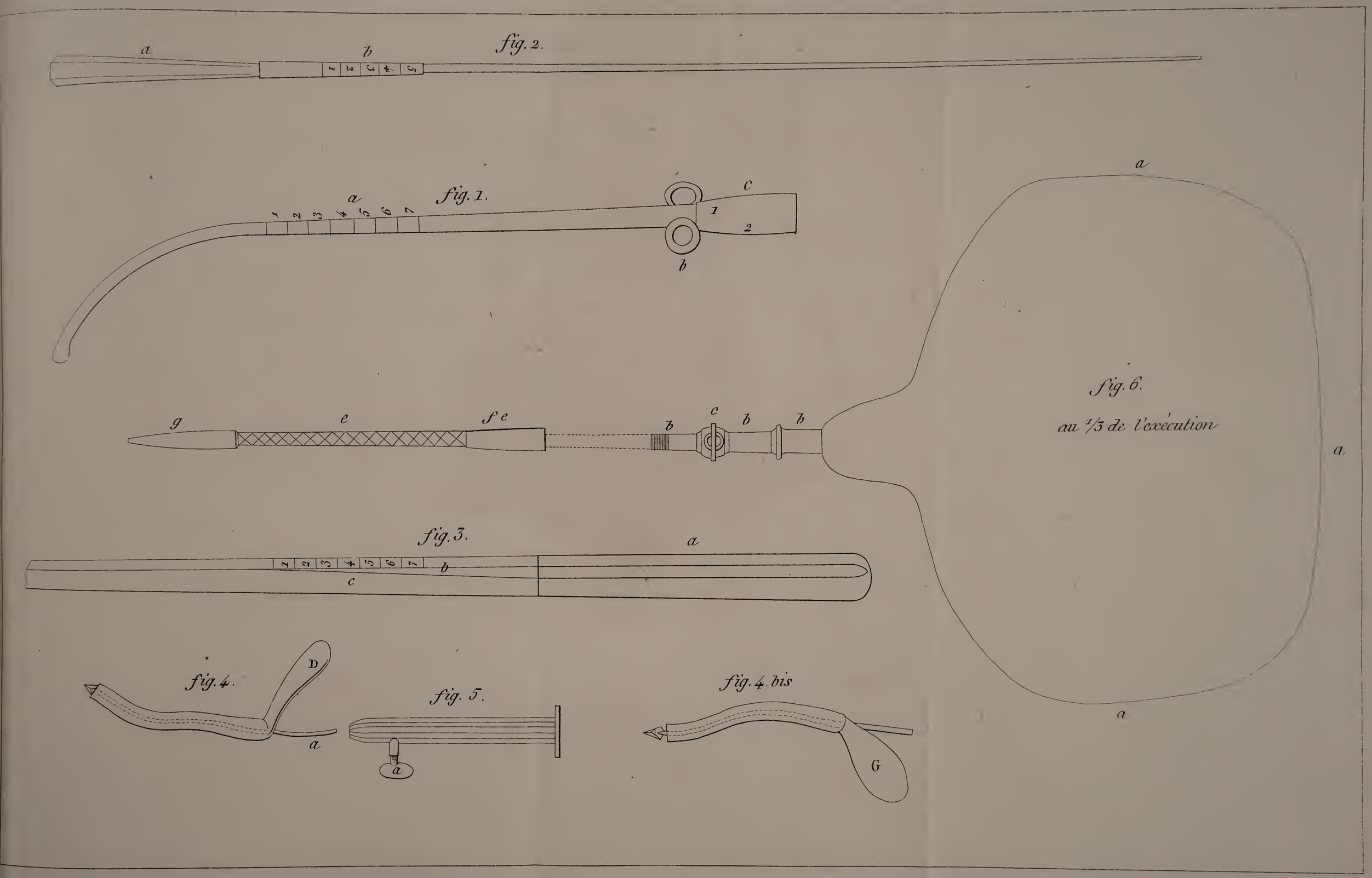
fig. 2.
a
b
1 2 3 4 5
fig. 1.
a
1 2 3 4 5 6 7
c
1
2
b
fig. 6.
au 1/3 de l'exécution
a
a
a
g
e
f e
b
c
b
b
fig. 3.
a
1 2 3 4 5 6 7
b
c
fig. 4.
D
a
fig. 5.
a
fig. 4 bis
G

TRAITÉ
DE L'ÉRYSIPÈLE

ET DES

DIFFÉRENTES VARIÉTÉS QU'IL PEUT OFFRIR.

RENFERMANT TOUTES LES OPINIONS DES AUTEURS SUR CETTE MALADIE; SA THÉORIE NATURELLE, SES CAUSES, SES SYMPTÔMES, SES COMPLICATIONS ET L'EXPOSITION DES DIVERSES MÉTHODES CONSEILLÉES POUR SON TRAITEMENT; ENFIN, LA DESCRIPTION PARTICULIÈRE DE CHACUNE DE SES ESPÈCES ET DES FAITS A L'APPUI DE TOUS LES PRINCIPES ÉTABLIS;

PAR ALM. LEPELLETIER, DE LA SARTHE,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE PHYSIOLOGIE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, EX-CHIRURGIEN EN CHEF A L'HÔTEL-DIEU DU MANS,
MÉDECIN DU BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX DE PARIS,
MEMBRE DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE CAEN, DE NANTES, ETC.

Jamais question ne fut plus controversée que celle relative à la nature et au traitement de l'érysipèle; toutes les feuilles médicales périodiques l'ont agitée tour-à-tour, et cependant les opinions sont encore bien divergentes sur ce point. (*Gaz. Méd.*, t. II, p. 649.)

DES

DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ÉRYSIPÈLE

ET DE LEUR TRAITEMENT.

INTRODUCTION.

Dans l'état actuel de la science il n'est plus possible d'envisager l'érysipèle comme une maladie toujours identique par sa nature, sa marche et les indications fondamentales sur lesquelles doit reposer son traitement. L'expérience nous apprend en effet chaque jour, que sous ce mode inflammatoire en apparence uniforme, se trouvent enveloppées des lésions morbides qui n'ont souvent de commun que cet aspect extérieur, et dont le génie, la gravité, la thérapeutique appropriée diffèrent essentiellement.

Pour traiter un sujet de cette importance avec la clarté qu'il exige et l'intérêt qu'il mérite, nous suivrons une marche simple, naturelle, favorable aux applications raisonnées de l'expérience clinique. Après avoir présenté les principaux caractères anatomiques de la peau, considérée sous le point de vue pathologique, nous étudierons l'érysipèle, 1° d'une manière générale; 2° relativement aux différentes espèces qu'il peut offrir.

De la peau considérée sous le point de vue pathologique.

Pour bien comprendre et bien préciser le siége de l'érysipèle simple, pour suivre positivement les empiétements de cette maladie dans l'érysipèle compliqué, nous devons nécessairement rappeler les principales conditions de composition et de texture du tissu que cette altération affecte, aujourd'hui surtout que les utiles progrès de l'anatomie pathologique lient directement la connaissance de l'organe à celle de la lésion morbide. Si nous avions besoin de justifier encore cette marche, il nous suffirait de citer l'opinion suivante : « La connaissance intime de la peau et de ses dépendances n'est pas moins utile au chirurgien qu'au physiologiste. Nul tissu ne fait mieux ressortir les avantages de l'anatomie la plus fine, la plus délicate ; sa texture, sa forme, ses rapports, impriment aux nombreuses maladies qui peuvent l'affecter, des caractères dont le pathologiste doit absolument tenir compte s'il veut s'en faire une idée nette. Il n'est pas un de ces éléments qui ne soit le siége ou le point de départ de quelque lésion spéciale.... La contexture des téguments donne donc la raison de presque tous les phénomènes pathologiques dont ils sont le siége dès que l'on prend la peine d'en étudier avec quelque soin les divers éléments. » (Velpeau, *Anat. chirurg.*, t. I, p. 1 — 15.)

Le peau (Δερμα, πελος ; *cutis*, *pellis*, etc.) forme chez les hommes et chez les animaux l'enveloppe extérieure avec diverses modifications relatives à leur constitution, à leurs besoins ; elle offre toujours deux usages essentiellement différents, mais également utiles : 1° par sa consistance elle protège physiquement les organes sous-jacents ; 2° par son excitabilité elle met l'organisme en relation sensitive avec les corps extérieurs. Partout contenue avec le tissu muqueux, que l'on peut envisager comme une modification du sien, elle s'arrête là où commencent les surfaces internes que ce même tissu muqueux doit également revêtir et protéger.

Si nous envisageons la peau sous le rapport de son organisation, point de vue spécialement relatif à notre objet, nous trouvons quelques dissidences parmi les auteurs qui l'ont étudiée, au nombre desquels nous devons particulièrement citer Galien, Albinus, Hunter, Wolff, Meckel, Malpighi, Chaussier, Bichat, Béclard, Gall, MM. Breschet, Velpeau, Gauthier, Fohman, Cruveilhier, etc.

Le nombre des parties constituantes de la peau n'est pas le même pour tous ces auteurs, et depuis Chaussier, Gordon, qui les réduisent à peu près à deux, le derme et l'épiderme, jusqu'à Gauthier qui porte le nombre de ces parties à six, il existe des intermédiaires que nous aurons soin d'indiquer en procédant à cet examen de la face profonde à la face superficielle de l'enveloppe cutanée.

La peau se trouve appliquée sur les organes

sousjacents avec des modifications importantes à signaler. Dans presque tous les points de cette application un tissu cellulaire modifié diversement, sert à la lier d'une manière plus ou moins intime aux organes qu'elle recouvre. Dans quelques points, sur la ligne médiane, à la plante des pieds, à la paume des mains, etc., le tissu cellulaire dense, presque fibreux, unit le derme aux aponévroses d'une manière à peu près inamovible. Dans plusieurs autres plus souples, filamenteuses, feutrées, ces mailles fibreuses détachées de la peau s'épanouissent en une membrane aponévrotique très-mince nommée *fascia superficialis*, et laissent à la peau les conditions d'une plus ou moins grande mobilité. Si les mouvements de la peau doivent être plus grands encore et s'effectuer sur des parties dures, osseuses, des bourses synoviales s'unissent à ces dispositions du *fascia superficialis* pour favoriser les glissements. Dans un grand nombre de lieux où la peau doit offrir en même temps une sorte de tension et d'élasticité, le tissu cellulaire se combine en proportion variable au tissu adipeux. Enfin, dans certains points très-multipliés chez les pachydermes, bornés chez l'homme à la plante des pieds, à la paume des mains, au cou, à la face, au crâne, etc., le fascia sous-cutané s'associe des expansions musculaires connues sous le nom de *peauciers ;* de manière à donner au derme une véritable motilité en lui communiquant les déplacements que certains auteurs et notamment Osiander ont attribués à sa propre texture. Ajoutons à ces premières considérations la manière dont la peau, chez l'homme, reçoit ses vaisseaux au péricrâne comparativement aux autres parties. Dans le premier point, les artères, après avoir acquis un assez grand volume, rampent sous le derme avant d'y pénétrer, de telle sorte que la peau du péricrâne peut être assez largement décollée sans perdre ses principaux moyens de nutrition; tandis que, dans la plupart des autres lieux, ses vaisseaux vont immédiatement se ramifier dans la peau qui ne peut plus être décollée d'une manière large, entière de son tissu celluleux sans rupture des petits vaisseaux, et dès-lors sans mortification. C'est un point d'anatomie très-important, indiqué surtout par Dupuytren, et qui trouvera ses applications dans l'histoire de l'érysipèle phlegmoneux.

Il est déjà facile de comprendre, d'après ces premières notions, les différences que l'érysipèle compliqué devra naturellement présenter dans sa marche, et ses ravages suivant la manière dont la région cutanée qu'il affecte se trouve liée aux organes sousjacents.

Ainsi, comme le fait très-bien observer M. Velpeau dans les considérations pleines d'intérêt qu'il nous a fournies sur le tissu cellulaire sous-cutané, les parties très-rapprochées du derme sont à l'un ou à l'autre de ces deux états : 1° *filamenteux* ou feutré ; 2° *celluleux* ou aréolaire, avec ou sans vésicules adipeuses, tandis que celles qui répondent aux aponévroses sont à ce troisième état ; 3° *lamelleux*, d'une grande laxité, dépourvue de ces vésicules adipeuses. Dès-lors, si l'érysipèle se borne aux tissus *filamenteux* et *celluleux*, qui, par leur texture et leur disposition, peuvent circonscrire l'inflammation et la suppuration. La première ne mérite pas encore le nom d'érysipèle phlegmoneux, et la seconde se borne à quelques petits foyers purulents, qui tendent à s'ouvrir vers la surface libre de la peau. Mais dès l'instant où cette phlegmasie s'étend au tissu lamelleux, l'érysipèle phlegmoneux commence, l'inflammation n'a plus d'autres bornes que les adhérences dont nous avons indiqué les dispositions, ou celles que peut établir le travail morbide, et la suppuration, limitée d'un côté par les aponévroses, de l'autre par le derme, s'étend au loin en constituant l'abcès diffus avec des ravages proportionnés, toutes choses égales d'aillenrs, à la quantité du tissu adipeux compromis dans cette fonte purulente, à l'étendue, à la profondeur des décollements cutanés. C'est un point de l'anatomie pathologique relative à l'érysipèle phlegmoneux, bien précisé dans le passage suivant : « Si la phlegmasie reste diffuse depuis le commencement jusqu'à la fin, il en résulte des clapiers plus ou moins vastes, qui peuvent comprendre la totalité du membre dont toute la circonférence alors est transformée en une espèce de sac par le décollement complet des téguments qu'il recouvre. C'est un fait que j'ai maintes fois constaté, mais jamais d'une manière plus évidente que chez un malade près duquel M. le docteur d'Huc me fit appeler vers la fin de l'année 1831. Il y avait un érysipèle phlegmoneux, suite d'une saignée, la fluctuation qui s'étendait de la racine des doigts au-dessous de l'épaule, occupait en même temps toute la périphérie de l'avant-bras et du bras. Il s'en écoula plus de trois livres de pus, les incisions permirent de reconnaître que la peau n'était pas dénudée et que le fluide morbide reposait à nu sur l'aponévrose (Velpeau, *Anat. chir.*, t. I, p. 22). » Nous verrons en traitant du phlegmon diffus le parti que l'on peut tirer de ces connaissances anatomiques pour justifier l'emploi des incisions nombreuses, dans le but de prévenir les décollements cutanés, et pour expliquer la possibilité ou l'impossibilité, lorsqu'ils sont survenus, de rétablir la peau dans ses conditions physiologiques.

En pénétrant dans la structure de cette membrane par la surface dont nous venons d'étudier les rapports, nous y trouvons les éléments suivants, avec les modifications relatives aux théories des auteurs.

1° Le *Derme* ou *chorion* admis par tous les anatomistes, constitue la base fondamentale de la peau, lui donne sa principale épaisseur, en même temps

que ses conditions d'extensibilité, de résistance et d'élasticité; sa trame fibreuse, et comme feutrée par la surface profonde, reçoit de ce côté des vésicules adipeuses qui, dans certains points surtout, semblent en former une des parties constituantes. Aussi, M. Fohman admet-il ce premier élément comme formé de deux parties: 1° le pannicule graisseux; 2° la couche interne du derme caractérisée par des mailles fibreuses; et, vers sa face superficielle des aréoles plus ou moins serrées que traversent des paquets celluleux et vasculaires, qui s'y trouvent étranglés dans le furoncle et l'anthrax, de manière à constituer ce produit éliminatoire, auquel on donne le nom de bourbillon. Le derme jouit d'une tonicité tellement voisine de la contractilité, que, sous l'influence du froid, de certaines passions dépressives, il donne à la peau cet aspect rugueux, vulgairement connu sous le nom de *chair de poule*, et qu'Osiander l'a cru musculaire surtout à sa surface interne. Contrairement à l'opinion de Gordon et de Chaussier, Béclard le croit d'autant plus vasculeux que l'on se rapproche davantage de l'épiderme. M. Larrey (*Cliniq. chirurg.*, t. I, p. 62) s'exprime ainsi, relativement à ce point en litige: « J'ai acquis la connaissance de la disposition des vaisseaux qui composent le derme dans les préparations anatomiques et les injections très-fines que j'ai vues en Allemagne, dans les cabinets des célèbres Proschaska et Sœmmering. Ces injections, dont je possède une partie, sont assez bien préparées pour qu'on distingue sensiblement au microscope les deux couches de vaisseaux. La plus superficielle est toute composée de veines, et la seconde de vaisseaux artériels qui se continuent profondément par des réseaux plus ou moins épais dans l'épaisseur du derme. » D'après M. Velpeau, la densité du derme n'est pas égale dans tous les points de son épaisseur, c'est au centre qu'elle est le plus considérable; elle diminue de ce point vers les surfaces; il en infère naturellement que les inflammations développées dans le tiers superficiel du chorion ont plus de tendance à marcher vers l'épiderme que vers les aponévroses, tandis que celles qui s'établissent dans son tiers profond offrent plus de propension à marcher vers les aponévroses que vers l'épiderme. Quant à l'épaisseur de ce premier élément, elle suit à peu près les modifications que présentent celles de la peau tout entière, très-considérable au talon, très-mince aux paupières, elle offre dans les autres points des intermédiaires entre ces deux extrêmes. Également différente suivant les âges, les sexes, les tempéraments, les constitutions, circonstances qui souvent impriment des modifications importantes aux maladies de la peau chez les divers sujets, cette épaisseur peut acquérir des proportions énormes dans l'érysipèle chronique, et notamment dans l'éléphantiasis, etc.

2° *Bourgeons vasculaires* de M. Gauthier. *Corps papillaires* de M. Cruveilhier. — Le premier fait consister cet élément en bourgeons vasculaires unis deux à deux sur les rainures qu'il admet à la face superficielle du derme, et fournissant par leur sommet un canal qui va se ramifier dans un autre élément plus rapproché de l'épiderme et qu'il nomme *couche albuginée superficielle*, et par leur base un autre conduit qui vient se distribuer au bulbe des poils. Il explique ainsi l'analogie que l'on voit ordinairement exister, sous le rapport de la coloration, entre ces derniers et la peau. Le second, sous le nom de *corps papillaire*, admet pour cet élément une réunion de petites éminences diversement placées, offrant un tissu spongieux érectile dans lequel se distribuent des nerfs, des vaisseaux artériels et veineux. C'est à cet élément que M. Fohman donne le nom de *couche du réseau vasculaire*, composée, d'après lui, des vaisseaux lymphatiques, de la dernière distribution des vaisseaux et des nerfs, réunis par un peu de matière animale.

3° *Couche albuginée profonde* de M. Gauthier. — Également épaisse dans toutes ses parties, et laissant dès-lors subsister les sillons constitués par les bourgeons vasculaires qu'elle recouvre entièrement. *Réseau lymphatique* de M. Cruveilhier. Déjà figuré pas Mascagni, injecté par Lauth, Panizza, Fohman et M. Cruveilhier lui-même, ce réseau lymphatique, d'après l'auteur que nous venons de citer, est plus superficiel que celui des vaisseaux sanguins; il est entièrement indépendant de tout autre genre de canaux circulatoires, offre des ampoules ou renflements par intervalles, est dépourvu de valvules et d'ouvertures à la surface de la peau; il présente deux plans distincts: l'un superficiel, très-délié; l'autre profond et formé de vaisseaux plus apparents.

4° *Substance brune* de M. Gauthier, et qu'il regarde comme le siége naturel de la matière colorante. *Pigmentum* de M. Cruveilhier dont il admet trois variétés, blanc, cuivré, noir. Il ne la croit pas contenue dans des vaisseaux comme le supposait Bichat, mais déposée sous l'épiderme en couche uniforme, et pense qu'elle est fournie par les vaisseaux des papilles et d'après un mécanisme analogue à la production du pigmentum choroïdien. M. Gauthier attribue cette sécrétion aux bourgeons vasculaires, dont les conduits excréteurs indiqués l'apportent d'une part à la peau, de l'autre au bulbe des poils. M. Breschet admet, pour cette élaboration, de petits organes glanduleux situés dans les sillons extérieurs du derme et surmontés d'un grand nombre de tubes excréteurs qui verseraient son produit sous l'épiderme. Cet élément et le précédent réunis forment ce que Malpighi nomme *réseau muqueux*, envisagé par Gall comme analogue à la matière grise du cerveau. M. Fohman donne au pigmentum cutané le nom de *mucus de Malpighi.*

5° *Couche albuginée superficielle* de M. Gauthier.

— Disposée de manière à faire disparaître les sillons précédemment indiqués, en donnant à la peau l'uniformité qu'elle offre extérieurement. Cet élément ne trouve point d'analogue dans les auteurs que nous venons de citer.

6° *L'épiderme*, — ou *surpeau*, *cuticule*, *épichorion*, couche la plus superficielle de la peau, est reconnu par tous les auteurs précédents, mais avec des modifications dans sa forme, sa nature et sa production. Ainsi, Numberger, Klinkosck, Mascagni, Fontana, M. Mojon, etc., l'ont regardé comme formé de fibres, de lames, de vaisseaux, et dès-lors comme jouissant de tous les caractères de l'organisation et de la vie. Il paraît aujourd'hui démontré que ces auteurs, comme l'avaient déjà fait W. Hunter, Kaaw, ont pris des débris filamenteux pour des ramifications vasculaires. Humboldt a démontré que ces prétendus vaisseaux n'étaient que des plis. Béclard, MM. Panizza, Breschet, Cruveilhier, Gauthier, et la plupart des anatomistes, l'envisagent au contraire comme un simple produit de sécrétion transformé en pellicule par un desséchement progressif, mais sans revêtir, à l'état physiologique, les conditions essentielles de l'organisation et de la vitalité; participant, du reste, aux altérations du réseau muqueux et de la couche albide superficielle, comme on le voit dans le porrigo, la teigne furfuracée, etc., etc. Quelques anatomistes l'avaient cru formé d'écailles imbriquées à la manière de celles qui recouvrent les poissons, tandis qu'il offre dans l'état normal une membrane uniforme, continue et perforée. Il adhère fortement, par sa face interne, aux éléments cutanés sous-jacents par des prolongements filamenteux diversement envisagés par les auteurs; par Cruikshank, comme des irradiations de sa substance qui s'enfoncent dans les aréoles du derme; par Kaaw, Boerhaave et G. Hunter, Chaussier, Bichat, comme des vaisseaux soit exhalants, soit absorbants; par Bidloo, Eichorn, comme des canaux *sudatoires*, sudorifères, etc.; par Béclard, comme des *tractus* muqueux, résultant de l'alongement de la substance du même nom lors du soulèvement de l'épiderme. Toutefois, on peut en effectuer le détachement par la vésication sur le vivant, et par la macération sur le cadavre. M. Breschet admet, pour sa sécrétion, de petites glandes rougeâtres situées au centre des vésicules adipeuses sous-cutanées, du sommet desquelles partirait un canal excréteur qui traverserait le derme pour s'ouvrir à la surface de ces sillons superficiels. La plupart des auteurs ont attribué sa sécrétion précisément à celle de la matière muqueuse de Malpighi, et sa formation au desséchement des couches les plus superficielles de cette matière; toutefois, après avoir été détruit, il se sépare avec une étonnante facilité, jouissant de propriétés hygrométriques marquées; il s'épaissit et se durcit par la pression, de manière à former les cors, les durillons, etc., etc.

Ainsi constituée, la peau nous offre par sa surface libre des plis différents, et que l'on peut surtout rapporter; 1° aux intervalles papillaires; 2° à la contraction des peauciers; 3° à la flexion des parties; 4° à l'amaigrissement, etc.

Comme parties accessoires de la peau, nous devons simplement énumérer les cryptes cutanées, les poils naissant par des ampoules jusque dans les vacuoles du derme, et sortant obliquement à la surface épidermoïde, les ongles, et, chez divers animaux, les cornes, les plumes, les écailles et les coquilles.

Tel est le tissu qui devient, dans quelques-unes de ses parties ou dans toute son épaisseur, en raison de l'état de simplicité ou de complication, le théâtre de la maladie que nous allons étudier. Il nous sera désormais facile, ayant sous les yeux les parties constituantes et les annexes de ce même tissu, d'y préciser le siége de l'érysipèle, et d'y suivre les progrès de cette altération. Les membranes muqueuses n'en sont-elles pas aussi quelquefois affectées? C'est une idée qui n'est pas nouvelle; et lorsqu'Hippocrate parlait des érysipèles de la matrice, des poumons, du pharynx, etc., peut-être envisageait-il ces maladies en conséquence de l'opinion que nous venons de soulever et se trouvait-il plus près de la vérité que ne l'ont imaginé plusieurs de ses critiques, en ne comprenant pas bien sa pensée. Quelques travaux de notre époque semblent destinés à rappeler l'attention des praticiens sur cette question, peut-être un peu trop légèrement résolue. Nous attendrons de nouveaux faits pour prononcer dans une matière aussi délicate, et nous nous bornerons, dans l'état actuel de la science, à considérer l'érysipèle seulement comme une maladie particulière à l'enveloppe dermoïde.

Afin d'étudier l'érysipèle sous tous les aspects dont il est susceptible, nous diviserons ce travail en deux parties: 1° de l'érysipèle en général; 2° des différentes espèces d'érysipèles en particulier.

PREMIÈRE PARTIE.

DE L'ÉRYSIPÈLE EN GÉNÉRAL.

L'érysipèle, dérivé d'après quelques-uns de ερυθρος, rouge, et de πελος, peau, d'après le plus grand nombre de ερυω, j'attire, πελας proche, est une inflammation de la peau, rangée par M. Alibert dans les *dermatoses eczémateuses*; par William dans l'ordre *bullæ*; par Cullen, Bateman, MM. Biett, Rayer, etc., dans les *exanthèmes*; désignée sous des dénominations différentes par les divers auteurs: *erythema*, Hippocrate en quelques endroits; *ignis sacer*, mal des ardents, feu Saint-

Antoine, plusieurs auteurs anciens ; apostème de feu dans lequel brûle un principe morbifique, Van Helmont ; *febris erysipelatosa*, Sydenham ; *erysipelacea*, Fr. Hoffmann ; *rosa anglicana*, Senner ; *erysipelas*, Sauvages, Linnée, Sagar, Cullen, etc.

Si nous recherchons les opinions des médecins relativement à la nature de cette altération, nous trouvons des dissidences plus positives encore, et dont la source existe naturellement dans l'espèce d'identité à laquelle on a voulu rattacher des modes pathologiques n'ayant pas même souvent entre eux la ressemblance des symptômes par lesquels ils sont traduits à notre investigation.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de discuter les opinions des médecins de l'antiquité, qui regardaient l'érysipèle comme formé par la bile, le phlegmon par le sang, l'œdème par la pituite, le squirrhe par l'atrabile ; de rechercher, avec Galien, « si l'érysipèle est le résultat d'une fluxion humorale formée par la bile jaune fortement échauffée ; » avec Van Helmont « s'il consiste dans un apostème de feu, au milieu duquel brûle un esprit vital irrité et en quelque sorte provoqué à la colère par une cause morbifique. » Ces théories et ces explications sans réalité n'ont plus besoin d'une réfutation sérieuse. Nous exposerons donc seulement les idées des praticiens plus voisins de nous et les opinions de notre époque, leur rapprochement et leur comparaison avec les faits étant le meilleur moyen d'arriver à la solution du problème.

Sauvages. — « Cognoscitur ex pyrexiâ acutâ et tumore diffuso coloris rubro-rosei cum sensu ardoris. » (Nosol. method., t. II, pars I, p. 418.)

Lamotte. — « La cause de cette maladie est l'obstruction qui ne se forme qu'à la superficie de la peau, dont les pores ne se trouvent pas assez ouverts pour laisser échapper une sérosité âcre et piquante qui s'est séparée du sang, ce qui fait qu'elle s'arrête à cet endroit de la peau, et que la douleur qu'elle y cause par son séjour fait rougir et tuméfier la partie, à proportion de la quantité de l'humeur qui s'y est arrêtée. » (*Traité complet de chirurgie*, t. I, p. 402.)

Sydenham. — « Cette maladie attaque toutes les parties du corps et surtout le visage ; elle arrive dans tous les temps de l'année, mais principalement à la fin de l'été ; elle prend souvent tandis que l'on est à l'air. Le visage se tuméfie tout d'un coup ; il devient très-rouge et très-douloureux, et se trouve parsemé d'un grand nombre de petites pustules fort proches les unes des autres, lesquelles, à mesure que l'inflammation augmente, se convertissent quelquefois en petites vessies. Le mal s'étend de là sur le front et sur toute la tête, et l'enflure devient si grande qu'elle cache presque les yeux. Les symptômes de ce mal ressemblent beaucoup à ceux que causent les piqûres des abeilles et des guêpes.... Il est ordinairement accompagné de frissons et de tremblement, de soif, inquiétude, et des autres symptômes de la fièvre.... à mesure que la maladie avance, la rougeur, l'enflure, la fièvre et les autres symptômes augmentent, et quelquefois même ils se terminent par la gangrène. » (*OEuv. de méd. prat.*, t. I, p. 430.)

Hévin. — « L'érysipèle est une tumeur inflammatoire étendue, mais superficielle, accompagnée d'une chaleur vive et ardente, d'une douleur pongitive ou piquante, et d'une rougeur claire, qui disparaît quand on presse la peau avec le doigt, et reparaît dès que la compression cesse. L'érysipèle augmente pendant trois ou quatre jours, reste à peu près autant de temps dans toute sa force, et se dissipe les jours suivants, après lesquels la surpeau se sèche et s'enlève par écailles. » (*Cours de pathologie*, t. I, p. 3.)

M. Mahon. — « On entend par érysipèle une inflammation superficielle, et qui n'a d'autre siége que la peau ou peu s'en faut. L'érysipèle proprement dit est une affection de la peau seule, dit Galien. Cette inflammation est d'un rouge un peu jaunâtre ; elle a son siége en grande partie dans des vaisseaux plus petits que ceux qui contiennent le sang rouge. Il n'y a aucune partie extérieure du corps qui en soit exempte ; cependant c'est le plus souvent à la tête et au visage qu'elle se montre. » (*Encyclopédie méthodique*, t. VI, p. 68.)

Desault. — « L'érysipèle, en général, est une tumeur inflammatoire superficielle, non circonscrite, avec chaleur âcre et douleur pongitive. Toute la partie affectée est d'un rouge vif, clair et luisant, qui disparaît sous le doigt et revient aussitôt que l'on cesse de presser. Ces caractères généraux conviennent à tous les érysipèles, mais plus ou moins marqués dans chacun ils s'offrent avec des symptômes différents ; ce qui détermine les différentes espèces d'érysipèle. » (*OEuvres chirurgicales*, t. II, p. 581.)

Lassus. — « Inflammation de la surface de la peau d'un rouge vif, luisant, un peu jaunâtre, avec tuméfaction très-légère, occupant une grande étendue, sans bornes marquées, changeant de place, s'étendant de proche en proche, causant une douleur brûlante, prurigineuse. La rougeur disparaît par la pression du doigt et reparaît quand on cesse de comprimer la peau. » (*Pathol. chirurg.*, t. I, p. 8.)

Richerand. — « L'érysipèle diffère essentiellement du phlegmon, 1° par son siége qui est primitivement dans le tissu de la peau, quoiqu'il puisse s'étendre au tissu cellulaire sous-jacent ; 2° par les modifications que présentent les quatre symptômes primitifs de l'inflammation. La tumeur est peu considérable, presqu'insensible, il y a plus de tension que de gonflement véritable, la rougeur est moindre que dans le phlegmon et disparaît sous la pression

du doigt; elle s'étend irrégulièrement, n'est point exactement limitée et fréquemment présente une légère nuance jaunâtre, mêlée de la teinte rosée de la peau. *Rubor sub flavescens.* La chaleur est âcre, mordicante, analogue à celle des fièvres bilieuses, la douleur brûlante; 3° l'érysipèle offre un caractère de mobilité que n'a point le phlegmon.... 4° l'érysipèle est rarement idiopathique, presque toujours il est sympathique, dépendant d'une cause interne, il tient à l'irritation de l'estomac et du duodénum par le fluide biliaire: aussi est-il, dans le plus grand nombre des cas, précédé et accompagné de symptômes gastriques, comme douleur de l'épigastre, amertume de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, céphalalgie sus orbitaire et fièvre qui précède, accompagne et suit la marche de l'inflammation; 5° enfin la guérison de l'érysipèle s'obtient par des remèdes internes; les topiques sont presque inutiles dans son traitement. L'érysipèle vrai est toujours bilieux; il en existe une autre variété peu fréquente, dépendant de l'irritation de la peau par un froissement ou l'application d'une substance âcre, irritante.» (*Nosographie chirurg.*, t. I, p. 149.)

Pinel. — « Sous le nom d'érysipèle, je ne comprends que cette phlegmasie de la peau qui est légère, superficielle, non circonscrite, étendue en largeur, d'une couleur rouge foncée qui disparaît par la pression et qui ensuite se renouvelle. Je ne considère pas d'ailleurs l'érysipèle comme une affection purement locale, mais comme une phlegmasie qui est liée avec une disposition interne et des symptômes généraux qui affectent plus ou moins l'économie animale.» (*Nosog. philosoph.*, t. II, p. 82.)

Renauldin. — « L'érysipèle est une tumeur inflammatoire aiguë, douloureuse, communément plane, superficielle, non circonscrite, qui s'étend en largeur sur quelques points de la surface de la peau et dont la couleur rose pourpre ou rouge foncée passe momentanément au blanc par l'effet d'une compression opérée avec les doigts.» (*Diction. des scienc. méd.*, t. XIII, p. 254.)

Boyer. — « L'érysipèle est une inflammation de la surface de la peau, d'une étendue plus ou moins grande, mais sans bornes bien marquées, accompagnée de tuméfaction légère, d'une chaleur vive et âcre, d'une douleur brûlante avec démangeaison, et d'une rougeur claire, luisante, tirant un peu sur le jaune, qui disparaît quand on presse la peau avec le doigt et reparaît dès que la pression cesse. Et ce qui caractérise ultérieurement l'érysipèle, c'est que l'inflammation semble changer de place à mesure qu'elle se dissipe dans la première qu'elle occupait; elle s'étend de proche en proche dans les parties voisines.» (*Traité des malad. chirurg.*, t. II, p. 6.)

Bateman. — « L'érysipèle est une maladie suivie d'un état fébrile, dans laquelle la chaleur, la rougeur, le gonflement et des phlyctènes affectent à l'extérieur différentes parties du corps. La tumeur érysipélateuse est molle, étendue et irrégulièrement circonscrite; elle n'est accompagnée ni de palpitations, ni de douleur lancinantes ou aiguës.... La tumeur et la phlyctène empêchent de confondre cette maladie avec l'érythème. Les auteurs, depuis Galien jusqu'à nous, ont fait mention, parmi les signes caractéristiques de l'érysipèle, de la disparition de la rougeur par la pression, et de l'apparition nouvelle de cette même rougeur dès que l'on cesse la pression; ce phénomène s'observe soit dans l'érysipèle, soit dans plusieurs autres exanthèmes, comme dans l'efflorescence de la scarlatine, dans quelques variétés de la roséole et dans l'érythème.» (*Abrégé pratiq. des maladies de la peau*, p. 167.)

S. Cooper. — L'érysipèle peut être défini une inflammation cutanée sans tuméfaction bien grande, accompagnée de rougeur qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. Cette affection qui n'est pas régulièrement circonscrite comme le phlegmon est caractérisée par une propension singulière à s'étendre; la partie est généralement d'un rouge vif, clair, très-apparent, la tumeur n'est pas accompagnée de battements, et l'on sent plutôt une chaleur brûlante avec démangeaison qu'une douleur aiguë. Dans beaucoup de cas il s'élève des vésicules.» (*Dict. de chir. prat.*, t. I, p. 431.)

Lawrence. — « Cet auteur considère la division de l'érysipèle en érythème et en érysipèle phlegmoneux comme la meilleure, et parce que ces mots donnent une idée suffisante de la nature de la maladie et parce qu'ils sont maintenant généralement adoptés sur le continent. Il les regarde comme désignant non deux maladies différentes, mais plutôt divers degrés de la même affection qui varient en intensité et passent souvent d'une variété à l'autre. L'érythème est, selon lui, une inflammation d'une espèce particulière, bornée uniquement à la peau et qui produit un peu de tuméfaction, que l'on ne perçoit que par la trace que laisse le doigt sur la surface de la peau, et qui n'est pas accompagnée de beaucoup de rougeur. Le mal s'étend rapidement à la peau saine environnante, abandonne une partie pour en attaquer une autre, et parcourt ainsi une grande étendue du corps. L'érysipèle phlegmoneux au contraire est cet état dans lequel le mal affecte non-seulement la peau, mais encore le tissu dans les cellules duquel se dépose la graisse, et aussi le tissu cellulaire propre lui-même. Dans ce cas, la rougeur, la chaleur, la tuméfaction existent à un degré très-marqué et sont bientôt suivis, dans le tissu cellulaire, d'une effusion de sérosité qui détermine une grande tension et finit bientôt par la gangrène et la suppuration de ce tissu.» (*La clinique des hôpitaux et de la ville*, t. I, n. 80, p. 3.)

J. Coster. — « L'érysipèle attaque plus souvent le visage, quelquefois les bras, les jambes, la poitrine; quelquefois cette inflammation se borne à

la surface de la peau; mais dans d'autres circonstances, elle s'élève à un haut degré, et intéresse toute l'épaisseur de la peau et même le tissu sous-cutané.... Il est ordinairement précédé de malaise, de lassitude dans tous les membres, de frisson, de nausées, de perte d'appétit. Au bout de deux ou trois jours, on aperçoit un léger gonflement de la peau sur les points où l'érysipèle se manifeste avec une rougeur vive qui disparaît sous la pression, et revient ensuite. Il y a chaleur ardente de la partie malade, avec fièvre plus ou moins forte après six, sept ou huit jours; il se développe de petites pustules, remplies d'un liquide séreux, la douleur et le gonflement diminuent, et il se forme des croûtes légères qui se détachent ordinairement au bout du neuvième ou douzième jour.» (*Dict. de santé*, t. 1er, p. 420.)

Georges-Hume Weatherhead. — « Cet auteur considère l'érythème, l'érysipèle et le phlegmon diffus comme des maladies essentiellement différentes. D'après lui, l'érysipèle est une maladie *sui generis* qui reconnaît le plus ordinairement pour cause une disposition particulière, ce qu'il admet surtout d'après les dissemblances de la suppuration dans les inflammations érysipélateuses et phlegmoneuses, sans même avoir égard à la diversité des tissus affectés. Il regarde l'érysipèle comme un exanthème contagieux s'appuyant des opinions de Sydenham et d'Hoffmann. Il admet en outre que l'érysipèle parfaitement pur, qui ne doit jamais suppurer, peut être suivi de suppuration, en agissant à la manière d'un irritant local sur des parties dont la texture est propre à devenir le siége d'un phlegmon; mais il ne pense pas que l'inflammation de la peau et celle du tissu cellulaire soient de même nature. » (*Journ. complém. du Dict. des sciences méd.*, t. XIV, pag. 171.)

Biett. Cazenave. Schedel. — « L'érysipèle est un exanthème non contagieux, caractérisé par une teinte rouge foncée de la peau, avec chaleur et tuméfaction de cette membrane, et souvent du tissu cellulaire sous-cutané, occupant toujours une surface plus ou moins étendue, et pouvant, dans quelques cas très-rares, devenir générale. » (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, pag. 13.)

Rostan. — « L'érysipèle est la phlegmasie de la peau la plus simple, la plus facile à reconnaître; on peut la considérer comme le prototype de l'inflammation; elle réunit au plus haut degré de simplicité et de la manière la plus complète les caractères que nous avons attribués à cette classe de maladies (*phlegmasies aiguës de la peau*). L'intumescence seule est peu sensible à la vue, parce qu'elle est générale. Du reste, l'érysipèle naît, croît et se termine ainsi que nous l'avons exposé dans nos généralités.... Un sentiment de prurit, de démangeaison, bientôt une véritable douleur, accompagnée d'une chaleur plus ou moins vive, d'une rougeur intense, diffuse, disparaissant par la pression pour reparaître aussitôt après, d'une légère intumescence de la peau, caractérise l'érysipèle simple. C'est à dessein que nous omettons de dire que la peau est surmonté de phlyctènes dans l'érysipèle, tandis qu'elle est unie dans l'érythème; nous regardons cette distinction comme trop subtile pour être conservée, et l'érythème ne doit être considéré que comme l'érysipèle dans son plus grand état de simplicité. » (*Cours de méd. clinique*, t. II, pag. 179.)

Alibert. — « Eczème se manifestant à la surface du tégument, principalement à la face, aux bras, aux cuisses, ou sur d'autres parties du corps par des éruptions d'un rouge flavescent, mais très-rarement d'un rouge foncé; cette rougeur disparaît momentanément par la pression du doigt. Il y a chaleur, douleur pruriteuse ou brûlante; la fièvre est primitive ou secondaire; la maladie s'achève par la desquammation ou la furfuration du douzième au quatorzième jour. Elle peut avoir des terminaisons plus fâcheuses.» (*Nosog. des dermatoses*, édit. in-4, p. 32.)

Broussais. — « Les causes externes et internes de l'érysipèle sont celles des inflammations en général, c'est-à-dire tout ce qui accumule l'irritabilité ou produit la pléthore.... Cette maladie peut se montrer dans toutes les parties du corps, mais elle a souvent son siége à la face. Elle offre les quatre caractères connus, rougeur, tuméfaction, chaleur, douleur, et représente un des principaux types de l'inflammation. La chaleur est cuisante, la rougeur a pour caractère de s'affaiblir et de se perdre insensiblement par la nuance normale de la peau, de disparaître par la pression du doigt qui laisse une tache blanche; cependant quand l'inflammation est intense, cette rougeur ne disparaît plus sous le doigt. Si l'inflammation est encore plus intense, il y a tuméfaction du tissu cellulaire et état phlegmoneux sous-cutané, des pustules paraissent à la surface; on en voit dans presque tous les érysipèles, mais plus particulièrement dans le zona, qui est un érysipèle comme un autre, qu'on ne doit point isoler, malgré sa forme particulière. Si l'on objecte qu'il est en rapport avec des affections gastriques, je répondrai qu'il peut être indépendant et primitif comme les autres; je l'ai bien constaté. » (*Cours de path. et de thérap. générale*, t. I, p. 108.)

Macfarlane. Arnolt. — Nous rapprochons ces deux auteurs afin d'établir ici l'antithèse des opinions extrêmes relativement à la nature de l'érysipèle, opinions entre lesquelles viennent se ranger, comme intermédiaires, celles de tous les autres pathologistes. Ainsi M. Arnolt, d'après les descriptions qu'il en donne, considère l'érysipèle comme un véritable phlegmon, tandis que M. Macfarlane lui refuse la nature inflammatoire. Le

traitement conseillé par ces deux auteurs est relatif à leur manière de voir et par son exclusion constitue la meilleur e critique de leurs opinions. (*Journ. des conn. médico-chirurgicales*, t. 2, p. 27 et 28.)

Chomel et *Blache*. — « L'érysipèle et une maladie caractérisée par la rougeur circonscrite et l'aspect luisant des téguments avec tuméfaction peu considérable, mais sensible, tension, douleur et chaleur plus ou moins vive, avec ou sans appareil fébrile par une marche toujours aiguë et une terminaison prompte, presque toujours par résolution et avec desquammation de l'épiderme. Cette inflammation, une des plus fréquentes de celles que l'on observe à la peau, peut se montrer sur tous les points de la surface du corps, les parties habituellement découvertes en sont plus souvent le siége... L'érysipèle ne reste presque jamais borné à son siége primitif : dans le plus grand nombre de cas il s'étend de proche en proche, dans un ou plusieurs sens, vers les parties voisines, et quelquefois il finit ainsi par atteindre progressivement les plus éloignées. Dans d'autres cas très-rares, il franchit en quelque sorte les espaces, et se montre successivement dans des régions fort distantes les unes des autres. La mobilité peut donc être considérée comme un des caractères de l'érysipèle, puisqu'on la retrouve sous une forme quelconque dans toutes les variétés de cette maladie. » (*Dictionn. de méd.*, t. 12, p. 215.)

Roche et *Sanson*. — « L'érythème, l'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux ne sont à proprement parler que trois degrés différents de la même phlegmasie. Toute inflammation aiguë mais légère, superficielle et passagère de la peau, a reçu le nom d'*érythème* ; plus intense, plus vive et plus durable, on la nomme *érysipèle* ; moins superficielle, occupant toute l'épaisseur du derme et s'étendant même jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, elle a été appelée *érysipèle phlegmoneux*. Nous conserverons ces dénominations, mais elles n'exprimeront pour nous que premier, second et troisième degré de l'inflammation aiguë de la peau ou de la cutite. » (*Nouv. élém. de pathol.*, t. 1, p. 290.)

Rayer. — « L'érysipèle est une inflammation exanthématique, extensive et non contagieuse, caractérisée par une teinte rouge de la peau, avec gonflement du tissu cellulaire sous-cutané, se terminant ordinairement par résolution et desquammation, quelquefois par suppuration et rarement par gangrène. » (*Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. 1, p. 145.)

Ph. Ricord. — Nous exposerons ici les opinions de l'auteur, par des notes inédites qu'il a bien voulu nous communiquer avec une obligeance dont nous ne pouvons assez le remercier : « Pour moi, sans doute comme pour tout le monde, les érysipèles varient selon leurs causes, leur siége, leur marche, leurs terminaisons et les complications qui peuvent les accompagner. Mais quelle que soit la circonstance dans laquelle ils se présentent, l'altération locale des tissus affectés, l'état morbide, pathologique de la peau, offrent toujours les mêmes caractères particuliers, auxquels on est convenu de donner le nom spécial de la maladie dont nous nous occupons. Or ces caractères sont ceux de la fluxion, de la congestion inflammatoire, enfin d'un mouvement inverse à l'absorption. »

Après avoir mis en présence, à peu près toutes les opinions principales, relativement à l'érysipèle, nous devons étudier cette maladie dans ses circonstances et ses caractères généraux, en réservant pour la seconde partie de ce travail toutes les considérations spéciales et directement applicables à chacune des variétés ou modifications qu'elle peut offrir. Sous ce point de vue, nous examinerons successivement la *nature*, le *siége*, les *caractères anatomiques*, les *prédispositions*, les *causes*, les *symptômes*, les *types*, la *marche*, les *terminaisons*, la *durée*, les *analogies*, les *complications*, le *pronostic*, le *traitement* et la *convalescence* de l'inflammation érysipélateuse.

Nature. — Si nous envisageons l'*érysipèle*, en prenant ce terme dans son acception la plus commune et la plus générale, sous le point de vue des modifications locales qu'il imprime à la partie du tissu cutané dans laquelle il établit son siége, il nous est impossible de ne pas y reconnaître les caractères fondamentaux, sinon d'une inflammation toujours franche, au moins d'un mouvement fluxionnaire indiqué par la rougeur, la chaleur, le gonflement et la douleur, avec des modifications variées suivant la profondeur des éléments cutanés envahis, l'intensité de ce mouvement et surtout la nature des agents et des circonstances qui le déterminent. Mais aussitôt que nous considérons cette maladie dans ses rapports avec tout l'organisme, nous voyons son domaine s'agrandir, son génie spécial, apparaître, et nous reconnaissons, d'après les faits, qu'il serait essentiellement erroné, dans la grande majorité des cas, de vouloir y trouver une inflammation pure, une maladie renfermée dans la circonscription de ses manifestations topiques. Cette erreur deviendrait d'autant plus funeste, qu'elle amènerait des inductions thérapeutiques impuissantes, souvent même directement nuisibles. Qu'un sujet dans la force de l'âge, et d'une constitution parfaitement saine, éprouve sur l'un des points de son enveloppe dermoïde, soit l'influence du soleil, soit le frottement d'une surface rugueuse prolongés, pendant un certain temps, il se développera dans le même point, rougeur vive, chaleur brûlante, douleur prurigineuse, gonflement peu marqué, surtout vaguement circonscrit; l'inflammation sera franche, la maladie purement locale, à moins qu'il ne se manifeste une réaction fébrile, et même dans ce cas, elle sera la conséquence de

l'érysipèle, qui l'a toujours précédée au milieu de ces conditions. Dans cet état de simplicité, l'inflammation fournira les indications essentielles, et son traitement deviendra naturellement curatif de la fièvre. Mais que chez un autre individu surtout cacochyme, soumis depuis long-temps aux influences d'une alimentation âcre, irritante, d'un air chargé de miasmes putrides, endémiques, épidémiques, etc. se manifeste sans cause locale ou même avec cette condition, d'abord des frissons, du malaise, de l'anxiété, de la soif, de l'agitation, de l'insomnie, des rêvasseries, de la fièvre, enfin les caractères de la phlegmasie cutanée que nous venons de signaler, avec des modifications variées dans ses principaux phénomènes, etc., pourrons-nous même rapprocher ces deux états morbides? ne entirons-nous pas au contraire qu'ils sont essentiellement opposés? que la fluxion inflammatoire locale n'est qu'un résultat, une des expressions de la maladie, ou pour le moins de la mauvaise disposition constitutionnelle, et dès-lors qu'ici le traitement de la phlegmasie cutanée, si même il doit se composer de moyens locaux, n'est qu'une partie accessoire de la médication? Si nous ajoutons actuellement que ces maladies, ces mauvaises dispositions constitutionnelles qui peuvent favoriser ou même déterminer immédiatement l'érysipèle sont nombreuses, diversifiées, on sentira bientôt le vice d'une expression qui semble destinée à consacrer la plus funeste des erreurs en identifiant dans le langage médical des maladies aussi essentiellement différentes. Nous chercherons à rectifier cet abus dans l'histoire des érysipèles considérés en particulier. En résumé, la nature de l'érysipèle, envisagée d'une manière générale, nous semble participer de celle de l'*inflammation* et de l'*exanthème* sans offrir nettement, dans la majorité des sujets, les caractères de l'une et de l'autre : de l'*inflammation*, parce que celle-ci n'en est bien souvent que le symptôme, et que sa marche, son traitement, n'ont plus rien de conforme à ceux de la phlegmasie pure; de l'*exanthème*, parce que les maladies qui méritent ce titre, telles que la scarlatine, la rougeole, etc., tiennent toujours dans leur développement, à l'action de causes entièrement inconnues, n'affectent ordinairement le même sujet qu'une fois dans la vie, ne peuvent être produites à volonté, etc., lorsque l'érysipèle offre, dans presque toutes ses variétés, des dispositions absolument opposées.

Siége. — Dans l'histoire anatomique de la peau, nous avons déjà fait pressentir que plusieurs auteurs semblaient vouloir étendre à d'autres tissus et surtout au muqueux le siége de l'érysipèle; ainsi Kuhn, Rust, Jahn et beaucoup de médecins allemands, disent que « l'érysipèle, simple procédé exanthématique, peut, en sa qualité de maladie spéciale, affecter les organes intérieurs, comme d'autres exanthèmes, comme l'arthritis, etc., et revêtir alors un caractère propre, bien que souvent il s'y joigne une complication inflammatoire. » (*Gaz. méd.*, t. 1, 2e série 1833, p. 17.)

M. Leprieur exprime à peu près les mêmes idées dans le passage suivant : « Il est encore une affection de la peau qui me semble mériter une attention particulière sous le rapport des lumières qu'elle peut répandre sur l'histoire des progrès et la nature des phlegmasies des membranes, et surtout de celles du canal intestinal, c'est l'érysipèle. L'analogie des tissus ne pouvait manquer de faire songer aux analogies qui doivent avoir lieu dans leur état pathologique, mais les ressemblances qu'offre la peau dans ses altérations par l'érysipèle, et les membranes muqueuses par la phlogose font encore mieux sentir l'identité des deux maladies..... Dans l'érysipèle, quand il ne se promène pas, les symptômes inflammatoires et les autres accidents diminuent vers le septième jour, il en est de même après le premier septenaire des fièvres gastriques simples et bénignes, et de toutes les phlegmasies muqueuses et séreuses. L'érysipèle le plus souvent se déplace, et quand la phlogose commence à s'effacer d'un côté, elle se reproduit d'un autre; alors la scène se prolonge à raison que les déplacements sont plus répétés; les phlogoses muqueuses de la poitrine et du canal intestinal offrent également des exemples de locomotion qui prolongent la durée de la maladie, laquelle se compose alors d'un certain nombre de phlegmasies consécutives.... La plèvre peut être affectée sur un point d'abord, mais la phlogose, en s'établissant sur un autre point, se portant jusque sur la portion qui revêt les lobes du poumon, le diaphragme, etc., peut déterminer, outre un point de côté ordinaire, alternativement une péripneumonie ou une paraphrénésie, etc. » (*L'homme considéré dans ses rapports avec l'atmosphère*, t. II, p. 55.)

Ces faits et ces raisonnements sont de nature à fixer l'attention des praticiens sur les considérations qu'ils ont pour objet, mais non point à faire sortir encore de l'opinion généralement admise que l'érysipèle a son siége exclusif dans la peau.

Les auteurs, et particulièrement ceux qui se sont occupés d'une manière plus spéciale des affections cutanées, ont reconnu que l'inflammation érysipélateuse envahit, suivant ses degrés, les parties superficielles de la peau, toute son épaisseur et même le tissu cellulaire sous-jacent; mais peut-être n'a-t-on point encore assez nettement précisé les éléments de l'enveloppe dermoïde pour lesquels cette inflammation semble offrir une prédilection particulière.

Dans l'érysipèle, au degré le plus superficiel, cette phlegmasie, d'après la nature même des symptômes et surtout les résultats de la nécropsie,

nous semble affecter cette couche vasculaire, superficielle et sous-épidermoïde, considérée par les uns comme un lacis de vaisseaux lymphatiques, par les autres de vaisseaux capillaires, par d'autres enfin de canaux sudorifères, exhalants, etc., etc. Aussi dans ce premier degré la couleur est-elle plutôt rose que d'un rouge foncé; la chaleur sèche avec prurit, absence de perspiration. Dans les degrés plus avancés, l'inflammation s'étend à la couche profonde du même réseau, au chorion, enfin au tissu cellulaire sous-cutané, lorsqu'elle prend le caractère de l'érysipèle phlegmoneux. Le corps muqueux de Malpighi n'est pas aussi spécialement affecté; aussi tant qu'il n'existe pas de complication étrangère aux caractères propres de l'érysipèle, ce *pigmentum* n'éprouve point d'altération comme dans plusieurs autres phlegmasies cutanées, telles que le vaccin, la variole, etc., qui l'envahissent dans leur développement, et les désordres sont-ils bornés à la vésication, à la desquammation de l'épiderme, comme dans la simple brûlure au second degré. Les paquets celluleux et vasculaires qui traversent les aréoles du derme ne sont pas non plus compromis comme dans le furoncle et l'anthrax; aussi dans les cas ordinaires la formation des bourbillons par l'étranglement de ces paquets n'est-elle point une terminaison de l'érysipèle, comme elle le devient toujours dans les deux maladies que nous venons de signaler. Enfin, le pannicule adipeux de la peau ne paraît jamais être le premier point d'élection de l'inflammation érysipélateuse, comme cela s'observe bien fréquemment pour le phlegmon sous-cutané; aussi la suppuration, terminaison naturelle de ce dernier, ne se manifeste-t-elle en quelque sorte qu'accidentellement dans l'érysipèle, et si celui-ci envahit quelquefois le tissu sous-dermoïde, c'est seulement par extension de son point naturel d'établissement, c'est en changeant en quelque sorte, sinon de nature, au moins de caractère et de gravité.

Caractères anatomiques. — L'érysipèle simple est peut-être une des maladies que l'anatomie pathologique a le moins éclairée jusqu'à ces derniers temps. A peine en trouvons-nous quelques traces dans Morgagni. (*Epist.* XXII, *art.* 16; — *Epist.* XXXIX, *art.* 2.)

M. Louis dit qu'il a trouvé, chez des malades morts pendant le cours d'un érysipèle, la peau dure, épaisse et friable. (*Lancette Franç.*, 1833, t. VII, p. 215.)

M. Rayer, dans plusieurs érysipèles qu'il a disséqués, n'a pas trouvé la plus légère trace d'inflammation des artérioles et des veinules cutanées. «Sur un malade, la peau de la face était pâle, excepté sur les paupières, qui conservaient un peu de rougeur dans les points que les bulles n'avaient pas occupés; le tissu cellulaire cutané et intermusculaire de la face était infiltré d'une sérosité jaunâtre, purulente; de petits dépôts d'un véritable pus existaient en avant et en arrière des muscles orbiculaires des paupières, dans le tissu cellulaire de l'orbite, et se propageaient vers les fosses temporales; le tissu cellulaire du cuir chevelu était lui-même infiltré. Les parois des veines de la face et du cou, quoique baignées dans le pus, n'offraient aucune trace d'inflammation; plusieurs de ces petits vaisseaux contenaient une sérosité purulente semblable à celle épanchée dans le tissu cellulaire enflammé. Les artérioles étaient saines. J'ai également trouvé du pus dans les vaisseaux lymphatiques d'un membre abdominal atteint de phlegmon érysipélateux, et sans altération appréciable des parois de ces vaisseaux. Enfin, j'ai rencontré de véritables inflammations des veines principales du membre envahi par un érysipèle phlegmoneux ou par un phlegmon, comme à la suite d'un panaris ou d'une amputation. Si j'en juge d'après mes propres recherches, la phlébite complique plus souvent les inflammations du tissu cellulaire que celle de la peau.» (*Loc. cit.*, p. 156.)

D'après MM. Chomel et Blache (*Loc. cit.*, p. 235), «lorsque la mort arrive dans le cours d'un érysipèle, les régions qui en étaient le siége présentent, après le refroidissement du corps, une teinte brunâtre qui remplace la rougeur; l'épiderme se décolle avec facilité, et la pression du doigt sur la peau détermine un enfoncement plus ou moins marqué.»

Suivant M. Ribes (*Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. VIII, p. 622), «les petites veines des téguments sont visiblement et principalement affectées; la rougeur inflammatoire est surtout remarquable sur la tunique interne des veinules, dont la cavité est remplie par du pus; les ramuscules artériels et les vaisseaux lymphatiques sont eux-mêmes lésés, mais à un degré moindre que les veinules.»

MM. Copland et Cruveilhier ont trouvé des dispositions anatomiques à peu près semblables à celles que vient de signaler M. Ribes.

Lorsque l'érysipèle devient phlegmoneux et surtout gangréneux, des désordres beaucoup plus profonds et plus facilement appréciables se rencontrent. Nous aurons soin de les indiquer en traitant de ces spécialités. Ajoutons seulement ici que, sans prendre le caractère de l'érysipèle phlegmoneux, la maladie que nous étudions, bornant ses progrès au tissu feutré du derme, peut y déterminer de petits abcès régulièrement circonscrits, jamais alors disposés en nappes, comme dans le cas d'invasion du tissu cellulaire lamelleux, observation déjà faite par M. Velpeau; et, comme nous l'avons nous-même constaté un certain nombre de fois, surtout dans les érysipèles des pieds et des mains, que l'on rencontre les vaisseaux lymphatiques, quelquefois jusque dans les aînes et les aisselles, formant sur leur trajet des cordons rougeâtres avec épaississement de leurs parois, suppuration dans leurs cavités; disposition que l'on peut suivre chez certains

sujets, même dans les ganglions auxquels se rendent ces vaisseaux.

Prédispositions. — Ce point est un des plus importants dans l'histoire de l'érysipèle; en effet, un grand nombre de praticiens pensent que cette maladie, lors même qu'elle est produite par cause externe et qu'elle se développe avec ses caractères essentiels, dépend toujours d'une modification intérieure de la constitution, qui devient l'agent principal, pour ne pas dire indispensable, de son développement. Ainsi, MM. Blache et Chomel (*loc. cit.*, p. 216) partagent complètement cette opinion: « selon nous, l'érysipèle *n'est jamais le résultat d'une cause externe*, ou du moins si quelquefois une *cause externe* concourt à sa production, *elle n'a qu'une part secondaire à son développement;* elle suppose le concours d'une cause interne, d'une disposition particulière que nous ne connaissons pas. Nous sommes par conséquent réduits à étudier les conditions dans lesquelles cette disposition survient, et les circonstances qui peuvent provoquer l'apparition de l'érysipèle chez ceux qui y sont prédisposés. »

Si nous recherchons ces circonstances, nous trouvons les principales dans les conditions suivantes : *Age.* — Période virile ; sans doute à cause du plus grand développement des passions concentrées et des inquiétudes inséparables de la vie sociale. *Sexe.* — Les femmes sont le plus fréquemment affectées d'érysipèle, ce qu'elles peuvent devoir à leur plus grande excitabilité, à leur vie plus sédentaire et moins libre dans ses expansions. *Tempérament.* — Les bilieux et mélancoliques. *Idiosyncrasie.* — Certains sujets, sans aucune disposition appréciable et relative à toutes les autres conditions, se trouvent plus facilement et plus souvent affectés d'érysipèle sous les influences qui peuvent les déterminer. Madame de L...., âgée de 66 ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une belle constitution, à laquelle nous avons donné des soins pendant quinze ans, offre ce genre de prédisposition d'une manière si prononcée, que depuis son enfance on n'a jamais pu lui faire l'application d'un vésicatoire, ni d'un cautère, sans développer immédiatement un érysipèle tellement violent, qu'il a toujours fallu renoncer à continuer l'entretien de ces dérivatifs, même dans le traitement des maladies qui nécessitaient leur emploi. *Profession.* — Sans parler de celles où la malpropreté, le contact habituel des miasmes putrides, l'alimentation obligée au moyen des viandes salées, des substances d'un mauvais choix, etc., deviennent autant de causes susceptibles d'expliquer le développement de l'érysipèle, nous indiquerons surtout les professions sédentaires, spécialement dans les grandes villes, où les ouvriers que Morgagni désignait par le terme de *sellarii* sont fréquemment affectés de cette maladie. *Hérédité.* — Les auteurs rapportent des faits qui semblent prouver que les prédispositions à l'érysipèle sont transmissibles par voie de génération : nous connaissons une famille nombreuse habitant la campagne dans une localité saine, et dont la plupart des membres sont pris de cette maladie, soit vers l'automne, soit au retour du printemps. *Habitude.* — Il est peu de maladies qui se reproduisent aussi facilement sous cette influence ; et quelquefois, par cela seul qu'un sujet a déjà présenté plusieurs érysipèles dans un point déterminé, le même sujet en offre successivement plusieurs autres, souvent dans le même point, jusqu'à ce que la disposition et l'influence de l'habitude se trouvent complètement détruites. Il y a des personnes pour qui l'érysipèle est une maladie habituelle : si elle attaque le visage, c'est ordinairement le même côté, et l'œil en est à la fin considérablement affaibli. (Tissot, *Avis au peuple*, tom II, p. 350). *Saisons.* — Nous avons observé l'érysipèle, surtout dans l'automne, et vers la fin des étés humides et chauds, tandis que les inflammations franches se rencontrent plutôt au printemps. Un assez grand nombre d'auteurs considèrent cependant cette saison comme prédisposant à la maladie qui nous occupe. *Climats.* — Les pays humides, chauds, marécageux, où l'air circule et se renouvelle avec difficulté. *Constitutions atmosphériques.* — Cette influence mérite surtout de fixer l'attention des praticiens. On voit quelquefois dans certaines saisons et même pendant le cours de plusieurs années, les conditions atmosphériques absolument inappréciables à nos moyens d'investigation, disposer tellement à l'érysipèle, toute la masse des sujets qui s'y trouvent soumis, que la blessure la moins profonde, que l'opération la plus légère, quelquefois même l'excitation la plus superficielle de la peau, suffisent pour déterminer le développement d'érysipèles, souvent très-graves, et dans tous les cas bien disproportionnées à la cause occasionelle de leur manifestation, de telle sorte qu'il est impossible de ne pas admettre des constitutions érysipélateuses, comme on en voit de varioleuses, de rhumatismales, de scarlatineuses, etc. Quelquefois même, cette prédisposition est si puissante, qu'elle n'a plus besoin d'un autre agent pour causer l'érysipèle, et que cette maladie prend alors un caractère vraiment épidémique. Ainsi Tozzi (*Comment. sur les aphorismes d'Hippocrate*, t. VII, § 20) parle d'un érysipèle qui régnait épidémiquement à Naples, durant l'automne et l'hiver de 1770. Cette affection qui occupait surtout la face, était compliquée d'épistaxis, de délire et d'autres symptômes malins fort graves. Bromfield (Guillaume, *Chirurg. observations, and cases. Londres*, 1733. — *And Medical communications*, vol. 11, p. 322), mentionne une épidémie d'érysipèle qui sévit pendant deux ans, et durant laquelle la tête était surtout affectée ; le traitement an-

tiphlogistique fut généralement fatal, on obtint plus d'avantages du quinquina et des cordiaux. MM. Blache et Chomel ont observé (*loc. cit.*, p. 217) qu'on l'a vu plusieurs fois régner épidémiquement à Paris ; par exemple, dans l'automne de 1818, à la suite d'une longue sécheresse et de chaleurs excessives. M. Calmeil dit « que dans certaines années, les érysipèles se multiplient à l'infini chez les aliénés, de telle sorte qu'il faut suspendre, pendant un temps plus ou moins long, toutes les médications révulsives, qui font pour ainsi dire la base du traitement de l'aliénation mentale. L'application d'un séton, d'un moxa, d'un vésicatoire, est suivie d'une inflammation érysipélateuse ; une plaie superficielle de la peau, a le même inconvénient ; le plus léger coup, l'ouverture d'une veine, une application de sangsues, occasione des érysipèles. L'année 1828, sous ce rapport, a été singulièrement remarquable, et pendant six mois, les infirmeries ont été encombrées d'aliénés érysipélateux (Rayer, *loc. cit.*, p. 146). M. Lisfranc, dans le printemps de la même année, recueillit en grand nombre des cas semblables, à l'hôpital de la Pitié. M. Velpeau, dans cet hôpital, pendant l'été de 1831, vit également une épidémie d'érysipèles. Dans l'un et l'autre service, l'application des sangsues, une opération légère, une piqûre, amenaient cette inflammation avec toutes ses conséquences.

Si nous voulons rapprocher de ces prédispositions de tout l'organisme celles des différentes régions de l'enveloppe dermoïde, nous trouvons, d'après les faits, que certaines parties semblent offrir à l'érysipèle un siége de prédilection indépendamment de toute cause locale. On peut établir ainsi la gradation relative à ces prédispositions locales. 1° *La tête.* — MM. Chomel et Blache étaient bien convaincus de ce fait lorsqu'ils ont dit : « L'érysipèle *spontané* est vingt fois plus fréquent à la tête que sur toutes les autres parties du corps. » (*Loc. cit.*, p. 219.) 2° *Au cou.* — Il est encore fréquent dans ce point. 3° *Au scrotum*, chez l'homme, *aux grandes lèvres*, chez la femme. — Nous en avons observé un grand nombre dans ces parties. 4° *Aux membres pelviens*, — Surtout chez les vieillards, d'après l'observation de Franck ; chez les sujets cachectiques et chez ceux que leurs professions obligent à rester long-temps debout. Celse rapporte que l'érysipèle des jambes était très-commun chez les Romains. 5° *Aux membres thoraciques*, — Surtout en partant des mains, chez les boyaudiers, les teinturiers, les boulangers, etc. 6° Enfin, *au tronc.* — L'inflammation s'établit le plus souvent alors en forme de zône ou ceinture ; c'est en effet dans ce point que l'on observe le plus souvent cette variété, connue sous le nom de *zona zoster*. L'érysipèle, comme nous le verrons, peut parcourir successivement la plupart des régions de la peau, mais on l'observe bien peu souvent dans toutes ses parties à la fois. « Une variété très-rarement observée, c'est l'érysipèle universel ; nous ne l'avons vu qu'une seule fois, c'était sur toute une dame de cinquante ans environ ; toute la peau du tronc et des membres était légèrement tuméfiée et présentait une rougeur érysipélateuse très-intense, la figure seule paraissait moins prise. La malade, très-souffrante, ne pouvait garder aucune position, ni jouir d'un instant de sommeil ; elle se sentait comme dévorée par des flammes ardentes. Heureusement, ce supplice ne fut pas de longue durée ; il fut calmé par des bains entiers fréquemment répétés, et par l'usage des médicaments apéritifs. (Renauldin, *loc. cit.*, p. 262.)

Causes. — Si nous recherchons la cause prochaine immédiate à l'action de laquelle se rattache le développement de l'érysipèle, nous ne trouvons que mystère et obscurité. Hippocrate, Galien, l'attribuent à une congestion de la bile, à l'influence d'une bile corrompue, d'un sang échauffé mêlé à ce fluide ; Hoffmann, à l'irritation d'une bile âcre caustique, altérée par la stagnation dans ses couloirs ; Lorry, à une sérosité acrimonieuse, irritante. « L'érysipèle dépend de deux causes : 1° d'une humeur âcre et ordinairement bilieuse, répandue dans le sang ; 2° de ce que cette humeur ne s'évacue pas bien par la transpiration. » (Tissot, *loc. cit.*, p. 351.) Il est évident pour nous que cette cause première, dans l'érysipèle spontané surtout, se rattache soit aux prédispositions individuelles, soit aux constitutions atmosphériques ; mais en quoi consiste positivement ces constitutions et prédispositions : c'est un mystère qu'il ne sera peut-être jamais donné au médecin de dévoiler. Ainsi, par causes de l'érysipèle, nous entendrons seulement les circonstances plus ou moins appréciables par nos moyens d'investigation, au milieu desquelles cette maladie se développe chaque jour sous nos yeux. Nous allons énumérer toutes celles qui peuvent appartenir à l'érysipèle envisagé d'une manière générale. Dans la seconde partie, nous préciserons les influences qui se rattachent plus directement aux spécialités de cette altération. Si nous réunissons en groupes les principales causes de l'érysipèle en général, nous trouvons les suivantes :

1° *Irritations directes.* — Malpropreté, frottements des surfaces rugueuses, vêtements de laine, rayons solaires, action superficielle du feu, des corps trop chauds, application des emplâtres rubéfiants, des onguents, des pommades rances, de certaines substances animales et végétales âcres, irritantes, immersion des parties dans les eaux bourbeuses, putréfiées, dans la vase qui s'y dépose, contusions, incisions et surtout piqûres, déchirures de la peau. Nous pourrions ajouter l'influence du froid s'arrêtant avant la mortification des parties superficielles de ce tissu, comme nous l'indique-

rons surtout pour les engelures dans l'érysipèle atonique.

2° *Irritants indirects, sympathiques*, de quelques auteurs. — L'irritation et l'inflammation des autres systèmes membraneux et notamment du muqueux, plus spécialement encore de celui qui revêt le tube digestif; c'est ainsi que l'on voit assez fréquemment des érysipèles se manifester quelques jours après l'invasion d'une gastrite, d'une duodénite, d'une entérite, etc. Ne pourrait-on pas ranger dans cette catégorie les répercussions diverses, mais surtout les suspensions et suppressions des menstrues, du flux hémorrhoïdal, d'une autre hémorrhagie habituelle, etc.

3° *Importation dans le torrent circulatoire d'éléments nutritifs surabondants ou de matériaux irritants, âcres, acrimonieux, etc.* — Dans la première catégorie, nous plaçons un régime trop exclusivement animal et notamment l'usage abusif des viandes rouges et noires. Nous ne prendrons pas sur nous d'expliquer l'influence positive de cette cause, nous nous bornerons à rapporter l'opinion de M. Rayer, sous le point de vue des dispositions du sang favorables à la détermination des érysipèles. « Il est constant que leur développement peut coïncider avec un état couenneux du sang analogue à celui qu'on observe dans le rhumatisme aigu; il n'est pas moins vrai que chez quelques malades épuisés par des inflammations chroniques un érysipèle diffus et mobile est le présage d'une mort prochaine. L'observateur constate ces faits sans en entrevoir la cause. (*Loc cit.*, p. 145.) Dans la seconde, nous rangeons les aliments salés, épicés, faisandés, fumés, les fromages passés, les légumes âcres, le café, le tabac à fumer, les boissons alcooliques, les eaux malsaines, saumâtres, putréfiées, employés à l'intérieur, un assez grand nombre de substances vénéneuses, les moules non lavées que nous avons vues produire dans quelques heures une fluxion érysipélateuse presque générale avec gonflement très-marqué, chaleur et prurit insupportables, etc. C'est encore en agissant d'une manière analogue sur divers points de la peau que nous voyons quelquefois la bile dans l'ictère, l'urine dans la fièvre urineuse, etc., provoquer des inflammations érysipélateuses ou pour le moins disposer à ces maladies. Faut-il interpréter de même l'influence des états bilieux et saburral dans la production de cette altération ou l'expliquer par une irritation sympathique, c'est une question que nous ne résoudrons pas, nous nous bornerons à constater la réalité du fait.

4° *Influences morales.* — Sans rechercher les rapports immédiats qu'elles peuvent avoir dans le développement de l'érysipèle, nous ajouterons que les excès d'une étude prolongée, que les passions tristes, concentrées, que celles qui déterminent de violents mouvements excentriques, la colère surtout, peuvent encore occasioner cette maladie. Fallope rapporte l'histoire d'une femme qui se trouvait prise d'un érysipèle au nez chaque fois qu'elle se mettait en colère. (*Opera omnia*, t. II, p. 100.) J. Franck dit qu'il n'a jamais vu autant d'érysipèles occasionés par de vives émotions qu'en Lithuanie. D'après cet auteur, un enfant de six mois, effrayé d'une rixe provoquée entre ses parents, fut pris de fièvre à l'instant même, et le lendemain d'un érysipèle à la face.)*Praxeos med.*, t. II, p. 452.)

5° *Influences atmosphériques.* — Nous devons les distinguer : en celles qui se rattachent aux dispositions de certaines localités, comme on le voit dans les lieux plats, bas, humides, marécageux, dans les gorges de montagnes, dans les grandes villes mal bâties, dans les camps où se trouve la pénurie des choses essentielles à la vie, dans les hôpitaux, les prisons, à bord des vaisseaux, où l'érysipèle règne parfois d'une manière endémique : jusqu'ici nous pouvons en quelque sorte les apprécier dans leurs influences comme les causes précédemment étudiées, et trouver dans leur insalubrité les altérations de l'organisme auxquelles vient se rattacher le développement de l'érysipèle; en celles que l'on a désignées par le terme de constitutions atmosphériques, et qui développent assez fréquemment les épidémies érysipélateuses, comme nous l'avons prouvé par des faits dans le chapitre des prédispositions. Dans cette seconde modification, nous voyons le rapport de la cause et des effets, seulement dans ce qu'ils ont de consécutif l'un à l'autre; mais la nature intime de cette cause, la liaison qui la rattache à ces résultats, nous échappe entièrement.

6° *Contagion.* — L'érysipèle est-il contagieux? Cette grave question a dû fixer l'attention des praticiens : aussi l'avons-nous déjà vue soulever un grand nombre de discussions. La solution du problème par l'affirmative compte beaucoup de partisans en Angleterre : Wells, Pitcair, Baillie, Parr, Dickson, Weatheread, Stevenson, Arnolt, Gibson, Bury, Willan, Lawrence, ont prétendu l'appuyer par des faits (*Copland dictionnary*, part. VIII, p. 819). L'opinion contraire est presque généralement professée en France, notamment par MM. Alibert, Biett, Cazenave, Schedel, Chomel, Blache, Rayer, etc. Peut-être est-il nécessaire de s'entendre sur la véritable signification des termes, avant de décider entre des autorités aussi recommandables. Si l'on entend par *contagion*, et c'est l'acception que nous donnons à ce terme, la faculté de transmettre une maladie d'un sujet à un autre par le contact immédiat et surtout par l'inoculation, comme on le fait pour le vaccin, la variole, etc., nous prononcerons, dans l'état actuel de la science, que l'érysipèle n'est pas contagieux; mais si l'on entendait par cette expression la faculté de communiquer une maladie d'un sujet à un autre par le transport de l'atmosphère dont le premier est environné sur le

second, alors nous craindrions de nous tromper en résolvant le problème par la négative, lorsqu'il s'agit de ces érysipèles typhodes qui frappent les enfants, surtout dans les lieux où ils se trouvent rassemblés en grand nombre, et particulièrement dans ceux qui sont déterminés avec les caractères d'épidémie par les constitutions atmosphériques. Nous ne voyons qu'un seul moyen d'établir, ici comme ailleurs, de la précision dans le langage médical : c'est de réserver le terme de *contagion* pour le premier mode de transmission pathologique, et d'accorder celui d'*infection* au second. D'après cette distinction, nous pourrions alors dire : l'érysipèle sans complication d'une autre maladie n'est pas *contagieux*; l'érysipèle par cause externe et purement local n'est ni *contagieux* ni *infectieux*; enfin l'érysipèle épidémique surtout paraît *infectieux*.

Symptômes. — L'érysipèle en général étant l'objet de notre examen dans cette première partie nous devrons nécessairement, en énumérant ces symptômes, rassembler des éléments souvent disparates. C'est un écueil que nous ne cherchons pas à éviter parce qu'il nous fera mieux sentir encore la nécessité d'étudier cette maladie dans ses spécialités, afin d'accorder à chacune d'elles ses caractères essentiels et pathognomoniques. Dans cette énumération générale nous trouvons les dispositions suivantes :

1° *Caractères locaux.* — Avant aucune apparition appréciable par les sens, presque toujours sécheresse, prurit, chaleur, sentiment de tension, de pesanteur dans la région dermoïde où doit se développer l'érysipèle, ensuite

Rougeur. — Variant du rose clair au rouge foncé, disparaissant ordinairement sous le doigt pour se reproduire plus ou moins rapidement lorsque l'on cesse de presser. Cette rapidité du retour de la rougeur paraît dépendre surtout de la plus grande proportion de vaisseaux artériels envahis, de l'élasticité, du défaut d'engouement sanguin de ces vaisseaux. En effet, ce caractère généralement attribué par les auteurs n'existe pas toujours ; nous l'avons vu manquer lorsque l'engorgement vasculaire était porté très-loin avec stase sanguine, ce qu'indique ordinairement une coloration tirant sur le violet foncé. M. Sanson paraît attribuer, dans certains cas du moins, cette modification à la prédominance des veinules affectées sur les vaisseaux artériels ; nous rapportons cette opinion sans en prendre la responsabilité. Cette rougeur érysipélateuse offre assez souvent une teinte jaunâtre, flavescente, *rubor sub flavescens*.

Chaleur. — Elle est ordinairement sèche, âcre, même au toucher ; chez quelques sujets ces développements s'effectuent par des espèces de crises plus ou moins rapides, et le malade ressent dans la partie le sentiment instantané que ferait éprouver un cautère objectif, en passant à quelque distance de la partie : si l'on consultait exclusivement les sensations du malade, on pourrait croire à l'élévation considérable de la température dans cette partie ; les expériences thermométriques nous ont prouvé que dans la plupart de ces cas cette élévation n'était que de 3 ou 4 degrés.

Douleur. — Le plus ordinairement elle est brûlante, prurigineuse, tensive, mais sans pulsations ; la peau ne supporte que très-difficilement le contact des corps, même les plus légers et les plus doux.

Gonflement. — Il est plus considérable qu'on ne le pense vulgairement; ce qui naturellement en impose sous ce rapport, c'est que la tuméfaction comme la rougeur, se perd en quelque sorte d'une manière insensible, dans la transition de la peau malade à la peau saine ; de telle sorte qu'il existe entre l'une et l'autre des portions de téguments, dans une disposition intermédiaire aux états physiologique et pathologique, sous le double rapport que nous venons de signaler, ce qui diminue beaucoup l'apparence de la tuméfaction, surtout quand l'érysipèle se trouve largement étendu; mais si l'on examine le point central, on s'aperçoit qu'il est assez fortement tuméfié, toutefois sans offrir la pointe acuminée du furoncle, ni même le relief arrondi du phlegmon. Si l'on explore la périphérie par le toucher, on sent presque toujours une sorte de bourrelet qui détermine la circonscription moins vaguement que l'œil ne l'avait indiqué d'abord. La consistance des parties affectées présente un peu d'augmentation ; il existe sous ce rapport, tantôt rénitence élastique, et tantôt léger empâtement œdémateux, suivant le caractère de l'inflammation, et surtout l'organisation des parties affectées, comme on le voit en comparant le nez, les joues, aux paupières, au pénis, au scrotum chez l'homme, aux grandes lèvres chez la femme, etc., dans leur état érysipélateux. La surface cutanée présente plusieurs modifications importantes à noter : elle est quelquefois lisse, tendue, luisante, quelquefois rugueuse, inégale et comme chagrinée ; dans un certain nombre de cas, des petites vésicules miliaires apparaissent à sa surface, quelques jours après l'invasion ; dans quelques circonstances, on voit même s'élever des espèces d'ampoules assez larges, analogues à celles du vésicatoire, dans les premières heures de son action, caractère accessoire qui sans doute a fait ranger l'érysipèle, par Willan, dans le genre *bullæ*. La sérosité contenue dans ces vésicules est ordinairement roussâtre, acrimonieuse ; elle augmente l'irritation des parties qu'elle touche pendant son évacuation, après l'ouverture de ces vésicules. Cette même sérosité peut encore offrir d'autres modifications qui amènent des changements dans la desquammation ; elle peut être claire, limpide, ou devenir épaisse et susceptible d'acquérir une consistance assez marquée. « J'ai vu quelque-

fois, surtout quand l'érysipèle attaquait le visage, que l'humeur qui sortait de ces pustules, était extrêmement visqueuse, et formait des croûtes épaisses qui ressemblaient presque aux croûtes de lait des petits enfants, et restaient plusieurs jours avant que de tomber. » (Tissot. *Loc. cit.*, p. 349.) Dans la plupart des cas, ces phénomènes locaux sont précédés, accompagnés et suivis de modifications constitutionnelles.

2° *Caractères généraux.* — Le plus ordinairement, l'inflammation érysipélateuse est précédée par des prodrômes qui préludent à son invasion; ainsi, malaise général, anxiété, pesanteur de tête, impatience, agitation, insomnie, rêvasseries pénibles, chaleur sèche, prurit sur toutes les parties de la peau, soif, dégoût, anorexie, lassitude spontanée, tristesse, ennui, frissons irréguliers, fièvre, quelquefois même nausées, vomissements glaireux et bilieux, etc. La plupart de ces phénomènes diminuent après quelques jours; toutefois la peau reste ordinairement sèche, la chaleur vive, la soif assez intense, et la fièvre assez variable dans ses développements. Les symptômes particuliers et relatifs aux localités affectées viennent se joindre à ces derniers: ainsi, dans les membres, l'impossibilité de les exercer librement; au tronc, l'impatience des vêtements; à la tête, l'agitation ou l'assoupissement, souvent même le délire, comme nous le verrons surtout dans les érysipèles de cette partie.

Types. — L'érysipèle peut se manifester au type continu, c'est le mode le plus ordinaire; au type rémittent, comme on le voit surtout dans certaines épidémies. Peut-il être intermittent? Nous ne connaissons pas de fait qui le prouve d'une manière incontestable; les suivants nous semblent en effet peu concluants: « Un homme âgé de 34 ans, d'une forte constitution, est continuellement tourmenté depuis neuf mois par un érysipèle à la face qui dure trois à quatre jours, cesse après ce temps pour reparaître au bout de quatorze ou quinze jours, sans qu'on puisse savoir à quoi en attribuer le retour. Quelquefois la douleur se propage dans le cuir chevelu; mais toujours il éprouve dès le début un frisson, puis de la chaleur et de la sueur. Habituellement il a la pituitaire enflammée, les yeux larmoyants; du reste, toutes les autres fonctions se font régulièrement; plusieurs dents sont cariées, principalement les deux canines supérieures. L'érysipèle s'étend à la base du nez, qu'il affecte vers les deux pommettes, et de là vers les deux angles internes des yeux. La pituitaire est très-enflammée; il y a aussi un léger épiphora dû au rétrécissement des points et des conduits lacrymaux, dont la membrane muqueuse est probablement enflammée par continuité de tissu..... Le 27 mai, deuxième jour de séjour à l'hôpital, l'érysipèle est dissipé, l'état général du malade est très-bon. On fait l'avulsion des deux dents canines supérieures et de la première petite molaire gauche cariée jusqu'à la pulpe. Le 30, cet homme sort de l'hôpital; et comme l'érysipèle vient régulièrement tous les quinze jours, prescription de trente grains de sulfate de quinine à prendre en trente-six ou quarante heures, deux jours avant ceux qui pourraient amener l'érysipèle. Nous recommandons expressément au malade de revenir à la consultation, que l'érysipèle se reproduise ou non. Cet homme ne s'est point représenté. » (Piorry, *Lancet. franç.*, t. VI, p. 257, 1832.)

« L'érysipèle paraît souvent pendant les paroxysmes des gastro-entérites, et s'efface dans l'intervalle; il est quelquefois régulièrement intermittent. » (Roche et Sanson, *loc. cit.*, p. 297.)

« L'érysipèle intermittent est une maladie très-rare; je ne l'ai observé qu'à la face; il était précédé et accompagné d'accès névralgiques. Quel que soit le type qu'il affecte, il cède ordinairement à l'usage du quinquina ou du sulfate de quinine administré comme dans les fièvres d'accès. » (Rayer, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 489.)

Si l'on entend, comme cela doit être, par *intermittence*, la marche d'une maladie qui suspend en quelque sorte son expression symptomatique pendant un ou plusieurs jours, pour la reprendre ensuite sans aucune cause appréciable et susceptible d'affecter un développement morbifique nouveau, les observations que nous venons de citer ne sont nullement des érysipèles essentiellement intermittents. En effet, dans le premier cas, un érysipèle survient surtout dans la peau qui recouvre le maxillaire supérieur et le nez, le développement de cette maladie coïncide avec la carie de plusieurs dents, elles sont extraites, et l'on a tout lieu de penser, puisque le malade n'est pas revenu, que l'érysipèle, qui s'était reproduit tous les quinze jours, pendant neuf mois, a complètement disparu; autant voudrait dire que toutes les fluxions des joues qui si fréquemment accompagnent les odontalgies, la carie des dents, sont intermittentes. Ne retrouvons-nous pas au contraire ici l'action d'une cause qui reproduit ses effets à des intervalles, sans imprimer au génie de l'inflammation qui s'y rattache un caractère naturellement intermittent.

Dans la seconde, l'expression du fait porte en soi la réfutation du principe que l'on tend à consacrer.

Dans la troisième, un érysipèle apparaît sous le type intermittent, et l'on parle du quinquina comme antipériodique dans le traitement de cette variété. Mais ne voit-on pas en même temps l'auteur signaler dans tous les cas soumis à son investigation la coïncidence d'une névralgie, maladie naturellement intermittente, et souvent guérie par le quinquina. Ne savons-nous pas, d'un autre côté, qu'un accès névralgique est plus que suffisant pour occasioner le développement d'une fluxion érysipélateuse, et

dès-lors où se trouve la preuve que celle-ci reste essentiellement intermittente.

Que l'on nous fournisse des observations d'érysipèle à l'état de pureté marchant à l'instar de la fièvre d'accès, nous en admettrons immédiatement le caractère intermittent. Entre ce caractère de l'intermittence vraie et de la périodicité prise dans un sens beaucoup plus général, il existe un intervalle que l'érysipèle peut occuper, se reproduisant ainsi vers les mêmes époques, soit aux équinoxes, au retour du printemps, de l'été, de l'automne, mais alors ordinairement sous l'influence d'une cause qui nous explique sa reproduction et qui fait de ses retours non plus une maladie qui s'assoupit et se réveille, mais une succession de plusieurs maladies distinctes, bien qu'appartenant à la même espèce. C'est ainsi que le comprennent la plupart des pathologistes, et c'est dans cette acception que MM. Blache, Chomel, ont parlé de sa périodicité. « L'érysipèle périodique attaque de préférence les vieillards, les individus cachectiques et les femmes arrivées au temps critique. Il occupe en général les mêmes parties et le plus souvent il se reproduit à des intervalles inégaux, à plusieurs mois par exemple; chez quelques sujets néanmoins il reparaît à des époques déterminées. Lorry a connu un homme qui, deux fois chaque année, vers l'un et l'autre équinoxe, était attaqué d'érysipèle; il dit avoir vu l'érysipèle périodique reparaître une fois chaque année, au printemps. Franck parle d'une affection semblable qui se reproduisait chez la même personne tous les mois. » (*Loc. cit.*, p. 232.) En résumé, nous pensons que la prédisposition érysipélateuse existant chez un sujet, il peut, pendant la durée de cette prédisposition, éprouver des retours périodiques de la fluxion érysipélateuse réguliers ou irréguliers, suivant la marche des causes déterminantes. Mais que cette fluxion soit essentiellement intermittente, comme la fièvre d'accès, nous ne pouvons l'admettre jusqu'à connaissance de nouveaux faits.

Marche, durée.—En la considérant dans les points actuellement affectés, elle est ordinairement assez rapide et met rarement plus de sept à dix jours pour parcourir ses diverses périodes. Pendant les deux ou trois premiers les accidents locaux indiqués augmentent progressivement, vers le cinquième ou sixième, la rougeur pâlit ou devient plus jaunâtre, la peau plus rude sous le doigt et légèrement ridée par la diminution de la tension et du gonflement. L'épiderme ainsi détaché de ses adhérences cutanées se dessèche et s'enlève soit en poussière blanchâtre, soit en pellicule mince, furfuracée, soit enfin en forme d'écailles plus ou moins épaisses, plus ou moins larges en raison de l'absence ou du degré de la vésication, des caractères de la sérosité qui remplissait les vésicules; la peau reste alors pendant quelque temps plus rouge, plus sensible et même un peu plus gonflée, de telle sorte que si plusieurs érysipèles se manifestent successivement avant son retour à l'état normal, elle peut acquérir et conserver un épaississement qui modifie très-sensiblement ses conditions naturelles, de manière qu'à la face, par exemple, on voit des sujets dont les traits ont été déformés sous cette influence. On conçoit que si l'érysipèle est profond, s'il est compliqué de la formation d'abcès, et surtout s'il prend les caractères de l'érysipèle phlegmoneux, ces conditions de marche et de durée ne lui sont plus applicables. Quant aux symptômes généraux, ils suivent ordinairement la même progression, mais avec des modifications qui ne peuvent trouver place que dans les spécialités. Deux points principaux doivent surtout fixer l'attention du praticien dans la marche de l'érysipèle : *ses dispositions progressives et erratiques*, dont il ne faut pas identifier les caractères. Par sa nature, l'érysipèle est essentiellement *progressif*, c'est-à-dire qu'il envahit un point de la surface cutanée, s'étend par degrés insensibles au point contigu, à mesure qu'il abandonne les parties primitivement affectées ; de telle sorte que, sans avoir dans le même instant offert une très-large surface, il peut, après sa terminaison, avoir compromis la majeure partie de la surface dermoïde; c'est ainsi qu'à la tête on le voit presque toujours partir d'un point du nez, par exemple, s'étendre à la pommette, à l'oreille d'un côté, parcourir la voûte péricrânienne, et revenir au nez, après avoir envahi successivement l'oreille et la pommette du côté opposé. On conçoit dès-lors très-bien qu'en suivant cette marche, l'érysipèle suivant l'étendue du trajet qu'il décrit, peut durer quinze jours, un et même plusieurs mois, sans prendre pour cette raison les dispositions de l'état chronique, auquel on l'observe très-rarement. D'un autre côté, l'érysipèle peut devenir exceptionnellemet *erratique*; dans ce cas, il ne s'agit plus d'un envahissement successif des parties contiguës, mais de la disparition d'un lieu pour s'établir dans un autre plus ou moins éloigné, séparé quelquefois par de très-grands intervalles d'une peau complètement saine. Ce mode est tellement dangereux et si particulier dans sa marche et les moyens qu'il exige, que nous en ferons une histoire spéciale.

Terminaisons. — La plus naturelle, et celle vers laquelle doivent tendre les efforts du médecin, c'est la *résolution*, accompagnée de la desquammation et des autres symptômes de rémission indiqués; elle est quelquefois brusquement amenée, surtout chez les sujets très-sanguins, par des épistaxis ou d'autres hémorrhagies critiques, particulièrement lorsque la maladie se rattache à des suppressions de ce genre. Dans les autres modifications, ses crises peuvent s'effectuer par les urines, les sueurs ou les évacuations alvines; dans cer-

tains cas, il n'existe aucune crise appréciable. La *délitescence*, la *métastase*, sont heureusement moins fréquentes : leurs dangers ou les accidents qu'elles provoquent obligent souvent à rappeler l'inflammation dans son siége primitif par des moyens irritants. La *suppuration* est une terminaison exceptionnelle dans l'érysipèle ordinaire et superficiel ; si du pus se manifeste alors, il est rarement de bonne nature, ou plus exactement il ne présente pas les caractères du pus phlegmoneux. Il faut éviter autant que possible dans l'érysipèle ce genre de terminaison, que l'on cherche au contraire souvent à favoriser dans le phlegmon. Nous verrons, au reste, dans l'érysipèle profond et dans l'érysipèle phlegmoneux, les conditions et les indications relatives à la suppuration. La *gangrène* est rare dans l'érysipèle simple, mais elle arrive assez fréquemment dans l'érysipèle atonique, et toujours dans la spécialité que nous décrirons sous le nom d'érysipèle gangréneux : c'est alors surtout que nous devrons l'examiner avec soin.

Analogies. — Nous ne parlerons pas ici des caractères qui distinguent l'érysipèle du phlegmon, du furoncle, de l'anthrax, etc. ; la connaissance des symptômes pathognomoniques relatifs à chacune de ces maladies ne permet pas de les confondre. Cette erreur de diagnostic deviendrait plus facile avec l'urticaire, le pemphigus, la miliaire, la rougeole, la scarlatine, etc., si l'on ne considérait que dans toutes ces maladies la forme spéciale, soit vésicule, bulle, pustule, papule, etc., précède ordinairement la rougeur érysipélateuse, tandis que dans l'érysipèle, alors même qu'il revêt quelques-unes de ces formes, la rougeur érysipélateuse prélude à leur apparition. Ajoutons que les caractères généraux de ces maladies, leur marche, leur complication et leur durée, sont autant de moyens d'établir le diagnostic différentiel. Une seule affection cutanée reste à séparer de l'érysipèle, d'après les uns, d'après les autres à indentifier avec cette maladie : cette affection est l'érythème.

Au nombre des premiers nous citerons surtout les suivants : « L'érythème est une rougeur insolite, qui se montre sur quelques points de la surface de la peau ; ce n'est point à proprement parler une maladie, mais un signe de maladie (Renauldin, *loc. cit.*, p. 269). » L'érythème, semblable à l'affection roséolée, est ordinairement un état symptomatique.... il est caractérisé dans son premier mode par des taches rouges, irrégulières, et ressemblant à la rougeur qui est produite par la pression : leur durée est courte. » (Bateman, *loc. cit.*, p. 16.) « L'érythème est un eczème qui se manifeste sur une ou plusieurs parties du tégument par des élevures rouges, circonscrites, plus ou moins étendues, plus ou moins superficielles, se terminant d'ordinaire par des desquammations ou légères furfurations de l'épiderme ; il survient quelquefois des excoriations, même des ulcérations à la peau. » (Alibert, *loc. cit.*, p. 8.) « L'érythème est un exanthème non contagieux, caractérisé par des rougeurs légères superficielles, irrégulièrement circonscrites, de forme et d'étendue variables. » (Biett, Casenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 4.) « L'érythème est un exanthème non contagieux, avec ou sans fièvre, caractérisé par une ou plusieurs taches rouges de quelques lignes, à plusieurs pouces de diamètre, disséminées sur une ou plusieurs régions du corps, et dont la durée la plus ordinaire à l'état aigu et d'un à deux septenaires. » (Rayer, *loc. cit.*, p. 120.)

Parmi les seconds, nous indiquerons les suivants : « Ainsi que nous l'avons annoncé, nous ne donnerons pas la description de l'érythème ; nous le regardons comme l'érysipèle de l'espèce la plus simple et la plus légère. » (Rostan, *loc. cit.*, p. 186.) « L'érythème, l'érysipèle simple et l'érysipèle phlegmoneux ne sont à proprement parler que trois degrés différents de la même phlegmasie, voilà pourquoi nous les réunissons dans une même description. Toute inflammation aiguë, mais légère, superficielle et passagère de la peau a reçu le nom d'érythème ; plus intense, plus vif et plus durable, on la nomme érysipèle. » (Roche et Sanson, *loc. cit.*, p. 290.)

Cette question se réduit, comme on le voit, à une discussion de mots ; il est en effet impossible de confondre avec l'érysipèle, même au premier degré, la maladie décrite par les premiers auteurs sous le nom d'érythème ; les seconds sont libres sans doute, après s'être expliqués, de faire l'histoire de l'érysipèle superficiel sous ce nom d'érythème ; toutefois, il en résulte à notre sens, d'une part, confusion, de l'autre, oubli d'une maladie qui devait être dénommée. Sans confondre érysipèle et érythème, nous décrirons donc seulement sous la première de ces dénominations, avec les indications relatives à ses degrés, à ses variétés, la maladie qui fait l'objet de ce travail.

Complications. — Elles sont relatives d'abord à l'extension de la phlegmasie aux tissus contigus de la peau, comme on le voit dans les érysipèles œdémateux et surtout phlegmoneux qui lui donnent plus de gravité ; à d'autres altérations dermoïdes combinées à celle-ci, et notamment le furoncle, l'anthrax, la variole, etc. ; à certains caractères particuliers de la phlegmasie, comme dans l'érysipèle gangréneux ; à la coïncidence de toute autre lésion plus ou moins grave, et surtout aux diverses réactions fébriles, aux infections miasmatiques, à l'état saburral, aux désordres constitutionnels, aux contusions, aux plaies, aux fractures, etc., qui peuvent s'y joindre comme simple coïncidence, ou avec des relations de cause à effet ; des inflammations vasculaires plus ou moins étendues, telles que la phlébite avec ses modifications, la lymphite, si fréquente en pareil cas, avec en-

gorgement des ganglions voisins et quelquefois même éloignés, avec des rapports d'effet à cause, etc.

Pronostic. — Il est en général peu grave dans l'érysipèle simple. « Dans tous les cas observés par M. Louis, la maladie a présenté une terminaison heureuse ; les auteurs qui ont cité des cas d'érysipèle terminé par la mort, n'ont pas tenu compte de l'état antécédent de leurs malades. M. Louis a vu aussi des sujets succomber à diverses maladies pendant la cure d'un érysipèle. Mais lorsqu'au moment de l'invasion de cet exanthème les malades étaient bien portants, cette affection a toujours eu une issue heureuse. » (*Lancet. franç.* 1833, t. VII, p. 215.) La fluxion érysipélateuse peut même, dans certains cas, devenir critique d'une autre maladie ; c'est sans doute ce point important d'observation qui a fourni à M. Sabatier l'idée du travail qu'il a publié sur l'érysipèle envisagé comme moyen thérapeutique. Mais dans des érysipèles compliqués, il offre une gravité relative à l'état constitutionnel de sujets, à leur âge, à la nature de sa cause essentielle, comme nous le dirons d'une manière précise dans chacune des spécialités ; ajoutons seulement ici que dans ce genre d'inflammation, c'est moins l'importance des phénomènes locaux de la phlegmasie que l'altération générale dont elle est l'expression qui doivent servir de base au pronoctic. C'est ainsi qu'un érysipèle purement de cause externe assez étendu, même assez profond, n'est pas souvent à craindre, comme on le voit dans la brûlure au premier, même au second degré, tandis qu'un érysipèle par cause interne, plus superficiel et plus étroitement circonscrit, doit être beaucoup plus redouté dans ses terminaisons.

Traitement. — Si nous consultons les recueils d'observations, nous voyons l'érysipèle traitée avec succès par les méthodes les plus opposées, nous comprenons déjà qu'il en doit être ainsi, puisque ces médications n'attaquent pas une altération identique, mais au contraire des modifications pathologiques souvent très-différentes auxquelles par conséquent chacune de ses méthodes peut être appropriée. Afin de procéder avec ordre dans l'examen de ces différentes méthodes, nous les exposerons successivement et d'une manière générale en indiquant seulement leurs caractères et leurs effets reconnus par les observateurs, nous réservant d'en faire ultérieurement les applications raisonnées à chacune des principales espèces d'érysipèle. Nous signalerons particulièrement les suivantes : *méthodes ;* 1° *expectante ;* 2° *antiphlogistique ;* 3° *répercussive ;* 4° *dérivative ;* 5° *ectrotique ;* 6° *évacuante et perturbatrice;* 7° *mercurielle;* 8° *tonique;* 9° *compressive ;* 10° *divisante.*

1° *Méthode expectante.* — Elle consiste pour cette maladie dans le repos général, dans la situation appropriée des parties où siége l'inflammation, dans la diète, les boissons tempérantes, etc. Dans cette méthode on abandonne entièrement à la nature le travail et les soins de la guérison. On conçoit que dans le érysipèles simples et qui deviennent en quelque sorte un effort critique de l'organisme, la solution de la maladie puisse être heureuse ne se trouvant contrariée par aucun moyen perturbateur ; mais on comprend également que dans un érysipèle traumatique, par cause interne avec certaines conditions ou complications graves, cette expectation pourrait avoir des conséquences funestes. Les observations suivantes justifient l'emploi raisonné de cette méthode.

Obs. I. — « Madame V..., âgée de 24 ans, d'un tempérament nerveux sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé, est prise à la suite d'un violent accès de colère, d'un tremblement général avec frisson, nausée, céphalalgie ; quelques heures après, sentiment de chaleur incommode à la face, démangeaison et rougeur de cette partie, agitation, insomnie.

Deuxième jour, au matin. — Gonflement et rougeur du nez, des joues, sensibilité très-grande des téguments, de la face et du tronc, céphalalgie susorbitaire, agitation, langue humide, point de fièvre. Pédiluves, lavements émollients, infusion pectorale, diète.

Troisième jour. — Gonflement considérable de toute la face, couleur violacée et brillante de la peau, tuméfaction des paupières, impossibilité de les écarter, téguments du crâne d'une sensibilité extrême, pouls élevé ; délire. Bouillon de veau aux herbes.

Quatrième jour. — La malade est un peu plus calme, le gonflement cependant est le même, il a envahi ainsi que la rougeur, toute la tête et une partie du cou. Les oreilles excessivement tuméfiées, sont le siége de vives douleurs ; la langue est saburrale, le pouls normal. Limonade, lavement avec addition d'une once de mercuriale et d'une demi-once de sulfate de magnésie.

Cinquième jour. — Le gonflement est à peu près le même, la rougeur et le brillant de la peau sont moindres, la malade se plaint de vives douleurs, qui paraissent avoir leur siége dans les muscles du cou. Cataplasme émollient.

Sixième jours. — Gonflement encore assez prononcé, sensibilité de la peau, sentiment de faiblesse ; la malade se lève, lypothimie, quelques nausées. Lavement avec une demi-once de sulfate de magnésie ; deux soupes maigres.

Septième et huitième jours. Les parties reprennent insensiblement leur état et leur aspect naturel, l'épiderme se détache et tombe en écailles, quelques petites tumeurs arrondies, dures, existent dans le cuir chevelu.

Neuvième jour. La malade prend une once de

sulfate de magnésie, et quelques tasses de bouillon aux herbes. La convalescence est évidente, l'appétit et les forces ne tardent pas à revenir, et madame V... se livre de nouveau à ses occupations. »

Obs. II.— « Un jeune homme de 20 ans, d'un tempérament bilieux, se livrant avec ardeur à l'étude et fatigué par des veilles prolongées, éprouve dans la nuit du 10 août un violent mal de tête, accompagné de frisson et de nausées ; il lui semble que la face se gonfle, que les yeux sortent des orbites ; il y a de l'agitation, de l'insomnie, un léger délire.

11. La face est gonflée, rouge, brillante, le nez surtout. Ces parties sont le siége d'une vive démangeaison, les nausées n'ont pas persisté, il n'y a pas de fièvre. Pédiluves, lavement, limonade, diète.

12. Le gonflement a envahi tout le cuir chevelu, la sensibilité des parties affectées est excessive, il y a de la fièvre, du délire. On recommande le silence et l'obscurité. Les parents appliquent sur le front et une partie de la face des compresses imbibées d'eau émolliente ; elles irritent le mal, et le médecin les fait enlever.

13. Calme marqué, assoupissement, point de fièvre, la tuméfaction est énorme, la rougeur et le brillant de la peau sont moins prononcés, langue saburrale, soif vive. Deux lavements avec une once de sulfate de magnésie. Évacuation. Les jours suivants, amendement notable de tous les symptômes; desquammation de l'épiderme, seulement faiblesse extrême. Le malade fait usage, pendant quelques jours, de boissons laxatives, reprend quelques aliments et part pour la campagne parfaitement guéri.» (*Lancet. franç.* 1833, p. 305.)

Si l'on excepte l'emploi de quelques légers laxatifs, on voit dans ces faits les résultats heureux d'une méthode qu'il est dès lors permis de nommer expectante.

2e *Méthode antiphlogistique.* — Les éléments principaux dont elle se compose, d'après les opinions généralement admises, sont: la saignée, les sangsues, les scarifications simples, les ventouses scarifiées, les topiques émollients, les bains généraux, les boissons aqueuses.

Saignée. — La plupart des praticiens sont d'accord sur les dangers des émissions sanguines dans la majorité des Érysipèles, et pensent qu'elles ne doivent être pratiquées que dans les cas où cette inflammation marche franchement chez un sujet pléthorique avec fièvre violente et réplétion du pouls. « Lorsque l'érysipèle est très-intense, qu'il s'étend jusqu'au tissu cellulaire, et qu'il est accompagné d'une fièvre inflammatoire, la saignée est nécessaire, surtout lorsque la maladie dépend de la suppression d'une évacuation sanguine. Dans les autres espèces d'érysipèle, la saignée est rarement nécessaire, elle pourrait même devenir nuisible, aussi les praticiens circonspects n'usent-ils de ce moyen qu'avec la plus grande réserve. » (Boyer, *loc. cit.*, p. 17.) « Si le sujet est vigoureux, d'un tempérament sanguin, il n'y a pas de meilleur moyen de calmer la violence des symptômes, que d'ouvrir une des veines du bras et plutôt du pied, lorsque l'érysipèle siége à la tête et menace cette partie d'une congestion sanguine. » (Renauldin, *loc. cit.*, p. 265.) « Si l'érysipèle est plus intense et plus étendu, et si à l'inflammation locale se joignent une chaleur ardente et universelle, la sécheresse de la bouche et de la langue, la fréquence, la dureté et l'élévation du pouls, ou si un état de pléthore générale est un obstacle au développement et à la marche régulière de l'éruption, il faut ouvrir sur-le-champ une des veines du bras ou la saphène ; le soir ou le lendemain, une saignée locale, pratiquée à une certaine distance des limites de l'inflammation, assure les heureux effets de la saignée générale. Ces émissions sanguines doivent être répétées le lendemain et les jours suivants, si le sang est très-couenneux, et si, lorsque l'éruption est arrivée à son *état*, la fièvre persiste au même degré que lors de l'apparition de l'exanthème ; toutes les fois que l'érysipèle est compliqué de phlébite, cette pratique doit être encore plus active » (Rayer, *loc. cit.*, p. 159). « L'expérience a prouvé que les saignées générales n'avaient souvent d'autre effet que de faire pâlir l'éruption, sans en abréger bien notablement la durée.... L'érysipèle, qui occupe toute la tête, est toujours, comme nous l'avons vu, une maladie grave, c'est aussi une des formes les plus fréquentes, et à ce double titre, une des plus intéressantes, sous le rapport du traitement. Dès l'apparition de l'érysipèle, nous avons généralement pour habitude de pratiquer une saignée abondante du pied ou du bras, et quand l'intensité des symptômes l'exige, une ou plusieurs autres saignées à douze ou vingt-quatre heures d'intervalle. » (Chomel et Blache. *Loc. cit.*, p. 236 et 241.) M. Serres, *Archives de méd.* 1826, t. X, p. 584, rapporte plusieurs faits très-favorables à cette médication. M. Bouillaud d'après ses rapports cliniques paraît considérer la saignée, dans le traitement de l'érysipèle en général, comme la meilleure des méthodes : les faits suivants sont invoqués à l'appui de cette opinion.

Obs. III.— « Le no 5 de la salle des hommes était pris depuis la veille ; c'était un enfant de 14 à 15 ans, d'une constitution lymphatique, scrophuleuse, l'inflammation était très-vive, elle avait envahi toute la face qui était rouge, tendue, luisante ; le doigt formait une impression assez durable dans laquelle la rougeur disparaissait pour quelque temps. Le nez était singulièrement tuméfié. L'entrée des narines était oblitérée par un amas de croûtes jaunâtres, les paupières tuméfiées étaient couvertes

d'un mucus puriforme de même couleur, et les ganglions sous-maxillaires fortement engorgés; les symptômes généraux, tels qu'une fièvre intense, la céphalalgie, la soif, l'inappétence, venaient compléter le tableau; on fit pratiquer le jour de l'entrée une saignée; le lendemain M. Bouillaud en ordonna une seconde et 20 sangsues au cou; le jour suivant, deux saignées furent faites, elles furent toutes de 3 palettes 1/2 à 4 palettes. Sous l'influence de ce traitement, l'inflammation érysipélateuse qui existait à un degré très-prononcé, fut arrêtée en cinq jours. »

Obs. IV. — « L'autre malade couchée au n° 6 de la salle des femmes, arrivée le jour même où la maladie s'était déclarée, offrit au premier examen tous les symptômes d'un érysipèle à la face des plus prononcés: tout le visage était rouge, tendu, luisant, douloureux au toucher, le front et le cuir chevelu participaient à un moindre degré à l'inflammation, le pouls était très-développé à 100 pulsations; il existait quelques nausées, de la douleur à l'épigastre. Une saignée de 3 palettes 1/2 diminua à un tel degré tous ces symptômes qu'on ne crut pas nécessaire d'y insister; on prescrivit un purgatif et la malade fut complètement guérie après trois jours de traitement. Ce cas est remarquable par la promptitude avec laquelle tous les accidents ont disparu après la saignée. Ce n'est pas le premier de ce genre que nous avons guéri, et ces guérisons rapides me confirment de plus en plus que les émissions sanguines l'emportent, dans le traitement de l'érysipèle, sur toutes les autres médications proposées. » (*Journ. hebd.*, 1834, t. III, p. 181.)

M. Robouam apporte dans l'emploi de la saignée une modification qui doit être signalée; il conseille en effet de la pratiquer au moment de l'accès fébrile, et fournit l'observation suivante à l'appui de son opinion: Jeune homme de 22 ans, tempérament sanguin, ayant éprouvé, il y a trois mois, un érysipèle à la face, combattu sans avantage notable par trois saignées d'après la méthode ordinaire, et deux purgatifs, éprouve le 10 juillet 1823 un nouvel érysipèle dans la même partie. Frisson, malaise, céphalalgie, fièvre, sans aucune cause connue.

Deuxième jour. — Anorexie, rougeur à la joue droite, cessation de la fièvre, puis retour avec frisson, anxiété, etc.

Troisième jour. — Face tuméfiée, rouge, chaude, paupières gonflées, chaleur brûlante, céphalalgie intense, langue molle et blanchâtre, peau sèche, pouls assez développé, résistant, 70 pulsations.

M. Robouam recommande qu'on le fasse avertir au moment de la fièvre, et dès l'instant où la réaction arrive, saignée de la saphène droite, trois palettes et demie. Disparition des frissons et du malaise à mesure que le sang coule, développement du pouls, 90 pulsations, sueurs générales, syncope, décoloration de la face, diminution du gonflement, disparition de la céphalalgie, sommeil. La face reprend de la coloration, mais beaucoup moins qu'avant la saignée.

Quatrième jour. — Le malade est levé s'occupant à écrire, et reçoit son médecin en lui disant qu'il a escamoté son érysipèle, que la nuit a été parfaite, qu'il se sentait de l'appétit et ne s'était jamais mieux porté. La face a repris son calme et son volume ordinaires, et sans la légère desquammation qu'on y remarquait déjà, on ne se fût jamais douté que la veille elle était le siége d'un érysipèle très-intense. Le malade, revu quelques jours après, se portait parfaitement bien. (*Nouvelle biblioth. méd.*, t. III, p. 406.) Un fait isolé n'est pas susceptible de fonder une méthode; mais l'heureux effet de la saignée, mise en usage, contrairement à toutes les habitudes reçues, entre le frisson et l'invasion fébrile pour en contrarier le développement, a quelque chose d'assez insolite et d'assez neuf pour fixer l'attention des praticiens.

Tous les faits ne sont pas aussi décisifs que ceux dont nous venons de parler pour établir la supériorité des évacuations sanguines dans le traitement de l'érysipèle en général.

Obs. V. — « Une fille âgée de 21 ans, couturière de profession, d'une constitution grêle et n'ayant jamais eu ses règles, fut admise au n° 16 de la salle Saint-Lazare; elle se rappelle avoir eu, il y a deux ans, un érysipèle à la face qui fut bientôt suivi de l'apparition de la variole. Depuis quatre jours seulement, cette jeune fille ressent des douleurs de tête, des maux d'estomac et des étourdissements continuels.

31 juillet. Elle se fait recevoir dans les salles cliniques de l'Hôtel-Dieu. Une saignée est jugée nécessaire, on la pratique sur-le-champ.

1er août. Le sang tiré de la veine présente une couenne inflammatoire très-épaisse, céphalalgie violente, point de sommeil pendant la nuit. Les ganglions du cou sont d'un rouge érysipélateux, les joues rouges, tuméfiées, tendues, sont parsemées de bulles irrégulières. Cette rougeur et la chaleur fébrile date du 28, les jours suivants avaient été caractérisés par un accroissement dans les symptômes; la malade a vomi, à trois reprises différentes, des matières vertes et amères; son épigastre est douloureux à la pression, la constipation n'a pas cédé depuis le début des premiers phénomènes morbides, et la langue humide se trouve recouverte d'un enduit jaunâtre. Le visage de la malade est entièrement défiguré par les progrès de l'inflammation érysipélateuse, l'ouverture des paupières est, rétrécie, le nez et la lèvre supérieure considérablement gonflés, des pellicules légèrement brunâtres, fendiculées et froncées recouvrent la muqueuse labiale; la respiration n'offre rien d'anormal. Pouls, 120 pulsations par minute; sai-

gnée de 8 onces, petit lait tamarisé, limonade gommeuse, cataplasmes, sinapismes aux pieds, lavement, diète.

2. La malade accuse une intensité plus forte dans la céphalalgie, sang couenneux, langue humide et pointillée sur les bords, constipation; bouillon avec une once de sel de Glauber.

3. Selles copieuses, fréquentes, fièvre modérée, soif moins vive, tension et douleur des parties érysipélateuses moins fortes. Cataplasmes sinapisés sur les membres thoraciques et pelviens. Les jours suivants, résolution graduée.

8. Convalescence, persistance de l'œdème dans les parties affectées.

16. Léger mouvement fébrile, recrudescence de tous les symptômes. La diète, les lavements de séné, une potion purgative dissipent dans trois jours ces nouveaux accidents. Cette fois la guérison est pleinement confirmée. » (*Gaz méd.* 1834, t. II, p. 649. Clinique de M. Chomel.)

Obs. VI. — « A la clinique de M. Velpeau, à l'hôpital de la Pitié, les antiphlogistiques seuls, émissions sanguines, boissons émollientes ont réussi dans trois cas; dans l'un, l'érysipèle avait son siége au genou; dans le deuxième, à la jambe; dans le troisième, il occupait toute la tête. Une femme a succombé malgré ce traitement employé seul et dans toute sa pureté; cette malade avait une ophthalmie pour laquelle un séton avait été appliqué à la nuque. L'érysipèle est parti du séton, a envahi successivement la tête et toute la poitrine. La malade a succombé. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion appréciable dans les viscères ni au cerveau, ni même à l'estomac, bien que des vomissements fréquents eussent eu lieu. L'irritation de ce viscère était telle que rien ne pouvait être pris, même de l'eau pure, sans exciter des vomissements; la membrane muqueuse offrait pour toute lésion physique de la pâleur. » (*Lancet. franç.* 1831, t. V, p. 105.)

Des insuccès de ce genre ont été l'occasion des réclamations faites par plusieurs praticiens, et notamment par M. Bally, sur les avantages des émissions sanguines dans le traitement de l'érysipèle. Ainsi, « M. Bauquier dit, dans le compte qu'il rend de la clinique des hôpitaux de la Pitié et de Cochin pendant le trimestre de 1827, que M. Bally s'abstient de toute émission sanguine dans le traitement de l'érysipèle à la face, bien convaincu que la saignée et les sangsues sont alors des moyens dangereux. Il les signale comme propres à aggraver les symptômes, à faciliter l'invasion du délire, à lui donner de l'intensité et à prolonger la maladie..., cette opinion est bien justifiée par ce que nous avons observé dans les deux hôpitaux, car de tous les malades que nous avons vu atteints d'érysipèle, les seuls qui aient couru des dangers, sont ceux chez lesquels la méthode antiphlogistique a été employée. » (*Annuaire médico-chirurgical.* 1827, p. 279.)

Ces oppositions entre les faits eux-mêmes nous font assez connaître l'impossibilité de décider cette question d'une manière absolue.

Sangsues. — Leur application dans le traitement de l'érysipèle doit être examinée sous trois points de vue principaux : 1° comme *moyen déplétif sur la peau saine.* Sous ce premier rapport, les considérations de leur influence rentrent dans celles que nous avons exposées relativement à la saignée veineuse; toutefois, d'après nous, avec une modification bien importante à signaler, c'est que jamais cette saignée capillaire n'agit exclusivement par déplétion sanguine, mais toujours en même temps par une véritable dérivation, en sollicitant un mouvement du centre à la circonférence; et, sous ce point de vue, son application ne doit pas offrir, toutes choses égales d'ailleurs, autant d'inconvénients que la saignée proprement dite, lorsque l'érysipèle est de la nature de ceux dans lesquels une rétrocession est à craindre; aussi trouvons-nous les succès de cette médication plus soutenus que ceux de la saignée.

Obs. VII. — Homme de 30 ans, tempérament bilieux, est pris d'un érysipèle à la partie postérieure du cou sous l'influence d'un séton à la nuque : peau chaude et sèche, pouls un peu accéléré, langue large, un peu rouge sur ses bords, suppression du séton. Quarante sangsues à l'épigastre. — Deuxième jour, anxiété, céphalalgie, faiblesse. — Septième jour, M. Lisfranc s'aperçoit que le cuir chevelu est tuméfié, rouge et douloureux. Trente sangsues à la base du crâne. Plus tard, invasion de la face, délire sourd pendant la nuit, langue sèche. — Huitième jour, vingt sangsues à la base du crâne; tisane émolliente. Pouls serré, tiraillement des traits, stupeur, délire sombre, invasion des deux côtés de la face, langue aride sans rougeur. Sinapisme aux jambes, vésicatoires aux cuisses. — Neuvième jour, résolution graduée. — Quinzième jour, le malade sort de l'hôpital. (*La clinique des hôpitaux et de la ville*, t. II, p. 277.)

M. Lisfranc fournit encore plusieurs autres faits analogues.

Obs. VIII. — Femme âgée de 30 ans, lingère, tempérament mixte, entrée le 18 mars à la Pitié : six jours auparavant tintements d'oreilles, étourdissements intermittents, puis céphalalgie obtuse, continue. — Troisième jour, face rouge sur les pommettes, gonflement énorme. — 19 mars au matin, teinte luisante rouge propre aux érysipèles, occlusion des paupières presque complète, céphalalgie suraiguë, pouls serré, fréquent, langue rouge au bord et à la pointe, peau chaude, âcre, légère douleur à l'épigastre, constipation. 30 sangsues aux jugulaires, larges sinapismes aux jambes, orge oxymélé, écoulement du sang abondant, bien-être

marqué, la nuit insomnie sans délire. — 20, cessation de la céphalalgie, pouls fréquent et souple, langue humide, même tuméfaction de la face, mais sans douleur, peau chaude, halitueuse, une selle. — 21, amélioration progressive, rénitence moindre de la face, un petit abcès dans chaque paupière, pus assez bien lié. — 22, retour léger de céphalalgie, insomnie. 10 sangsues au cou, deux vésicatoires aux jambes, desquammation. — 24, état général très-bon; soupe, bouillon. — 3 avril, faible recrudescence. 20 sangsues à l'épigastre, sinapismes aux pieds. — 5 et 6, desquammation, convalescence. — Suivent plusieurs autres faits analogues (*Arch. génér. de méd.*, t. X, p. 591. *Clinique de* M. Serres).

Il ne faut pas imaginer toutefois que ce genre de saignée déplétive n'ait pas aussi ses inconvénients dans le traitement de l'érysipèle, le même recueil de M. Lisfranc et de plusieurs autres pathologistes en fournit des exemples. Ainsi, tout en considérant la saignée capillaire comme un peu moins dangereuse que la saignée des veines d'après les considérations que nous venons d'exposer, nous ne pensons nullement qu'on puisse l'adopter comme une méthode absolue.

2° Comme *moyen dérivatif*. Toutes les fois que l'érysipèle tient à la suppression d'une hémorrhagie habituelle et surtout des menstrues, des hémorrhoïdes, etc., l'application des sangsues au point même où l'hémorrhagie devait se manifester est d'un emploi beaucoup plus général. Dans ce cas, elle constitue la règle, dont quelques circonstances particulières que nous examinerons dans les spécialités peuvent seules fonder les exceptions. Desault, Boyer, S. Cooper, Pinel, MM. Richerand, Biett, Rostan, Chomel, Blache, Rayer et presque tous les praticiens sont d'accord sur ce point.

3° Comme *moyen déplétif sur le siége même de l'inflammation*. On conçoit déjà que ce genre d'application doit trouver un assez grand nombre de contr'indications positives, puisque chez les sujets actuellement sous l'influence d'une prédisposition à l'érysipèle, les piqûres de sangsues deviennent quelquefois la cause déterminante et provocatrice de cette inflammation. Les épidémies rapportées par MM. Rayer, Chomel, Blache, Calmeil, Lisfranc, etc., que nous avons déjà cités, en fournissent des preuves incontestables. Cependant plusieurs praticiens assurent que ces applications ont assez souvent produit des effets très-avantageux. « Dernièrement, nous avons vu nous-même à la Pitié M. Lisfranc ordonner l'application de 25, 30 ou 40 sangsues sur l'érysipèle, et celui-ci disparaître sans accident après vingt-quatre on trente-six heures. Nous avons aussi entendu dire à ce professeur, dans ses leçons cliniques à la Pitié, que ce moyen lui réussissait constamment (*Annuaire médico-chirurg.* 1827, p. 280). » Des réclamations se sont élevées contre cette manière de voir; on a rapporté des cas dans lesquels ces applications de sangsues, loin d'améliorer l'érysipèle, en avaient rendu la marche plus grave et l'invasion plus profonde. L'auteur que nous venons de citer répond ainsi à ces divers faits : « Les médecins qui suivent la méthode de M. Broussais pratiquent des saignées capillaires à l'aide des sangsues posées sur l'érysipèle même; on reproche à cette médication de faire prendre à la maladie un caractère phlegmoneux; cela peut être vrai, lorsqu'on les applique en petite quantité; car alors, ainsi que l'a expérimenté dans une foule d'occasions M. Lisfranc, elles agissent d'une manière rubéfiante et non antiphlogistique. Mais il n'en est pas de même si on les applique en grand nombre, 30, 40, 50 et plus, suivant l'intensité de la phlegmasie. Lors donc qu'on veut se servir des vers aquatiques dans cette maladie, qui à notre avis ne résiste guère à ce moyen, surtout en faisant précéder son emploi d'une ou deux saignées générales, il faut bien se garder d'en mettre peu (*Loc. cit.* 1826, p. 363).» M. Lawrence est souvent aussi dans l'usage d'appliquer des sangsues sur les surfaces érysipélateuses, et il en a obtenu de merveilleux effets; il regarde comme fausse la crainte que leur morsure ne détermine la gangrène. (*La Clinique des hôpitaux et de la ville*, t. I, n° 80, p. 4.)

Ce dernier mode relatif à l'emploi des sangsues, en admettant même que dans certains cas il soit applicable au traitement de l'érysipèle, nous paraît encore bien moins susceptible que les deux premiers de constituer une méthode générale.

Scarifications simples. Piqûres. Mouchetures. — Cette méthode dont M. Lassis a réclamé l'invention et qui se trouve particulièrement recommandée par Dobson et Bright, consiste à faire sur la surface érysipélateuse des piqûres légères que M. Lassis borne à quinze ou vingt sur une surface de moyenne étendue, que Dobson et Bright portent quelquefois à plusieurs centaines et même à plusieurs milliers; à favoriser l'écoulement du sang, au moyen d'une éponge imbibée d'eau tiède, à répéter cette opération deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, si les parties offrent de la rougeur et de la tension. « Si cette opération est pratiquée au début, elle abrège la durée de la maladie; dans tous les cas elle débarrasse les vaisseaux plus efficacement qu'aucun autre moyen. » (*Gaz. Méd.* 1832, t. III, p. 752.) « M. Babington dit avoir eu des succès constants chez les vieillards en associant des ponctions faites avec la lancette sur le lieu de l'érysipèle, au quinquina et aux stimulants. Ce médecin est dans l'usage d'employer les incisions dans tous les cas d'érysipèle sur quelque partie que siége le mal. Ces incisions faites avec la lancette, sont petites mais rapprochées, et il a toujours vu s'écouler de la sérosité par les piqûres; jamais il n'a vu en résulter aucun

événement fâcheux. « (*La Cliniq. des hôp. et de la ville*, t. I, n° 84, p. 2.)

Obs. IX. — « Femme âgée de 26 ans, guérie d'une pneumonie par les émissions sanguines et le tartrate d'antimoine, est prise pendant sa convalescence, 19 juillet, d'un érysipèle à la face, qui débute par le nez, s'étend à la face, au cuir chevelu. Le 23, l'affection s'était beaucoup étendue, elle avait gagné la membrane muqueuse du nez et de la gorge, et offrait un aspect formidable survenant chez un sujet déjà considérablement débilité. M. Bright, prescrit des piqûres deux fois dans la journée, et des fomentations sur toutes les parties du cuir chevelu, du front et de la face, soulagement très-marqué, cessation du délire, diminution de l'inflammation, répétition des piqûres le lendemain, nouvelle amélioration. Deux jours après, il devint nécessaire d'appliquer un vésicatoire à la nuque du cou, à cause du retour du délire, lorsque l'inflammation externe était très-diminuée. Dès ce moment, tous les symptômes eurent peu d'intensité et l'on put avoir recours l'emploi de légers toniques.

Obs. X. — « Homme de 38 ans, ayant été atteint de rhumatisme chronique ambulant, éprouve le 7 mars des symptômes fébriles avec céphalalgie considérable, inflammation érysipélateuse de la face, saignée de huit onces par des ventouses mouchetées à la nuque. Pilules de coloquinte et de calomel, quinze grains. Julep avec acétate d'ammoniaque; vin d'ipécacuanha.

10. La maladie a fait des progrès sur la face, mais elle paraît peu intense; même prescription, potion de séné.

14. Il y a eu du délire pendant la nuit, la face est très-rouge et tuméfiée. Vésicatoire entre les deux épaules : deux onces d'huile de ricin, couvrir de piqûres toute la surface enflammée.

17. Des piqûres ont été pratiquées trois fois avec beaucoup de soulagement. L'inflammation de la face a diminué rapidement, mais il reste encore un peu de tendance au délire; huile de ricin, deux onces.

24. Le malade se promène, la face est parfaitement guérie sans abcès, ni presque aucune trace de la maladie.

M. Bright cite encore huit autres observations analogues. Ces cas font assez connaître la manière dont il faut employer cette médication. M. Bright, tout en protestant qu'il ne la donne point comme un moyen infaillible, affirme cependant positivement qu'aucun des cas d'érysipèle où il l'a vue employée à temps et avec persévérance, ne s'est terminé d'une manière funeste. Ces piqûres ne laissent jamais de trace, même sur le front. » (*Gaz. Méd., loc. cit.*)

Ce procédé relatif à la méthode antiphlogistique n'a pas encore trouvé une grande faveur en France; il n'est pas nécessaire de dire que l'on ne peut point en faire une méthode générale. Nous verrons dans les spécialités à quels cas particuliers on pourrait l'appliquer.

Ventouses scarifiées. — Beaucoup moins employé en France qu'en Angleterre, ce moyen, qui rentre à peu près dans les applications de sangsues, seulement avec un effet plus dérivatif encore, nous offre par conséquent à peu près les mêmes avantages et les mêmes inconvénients. M. Poirson « assure devoir à ce moyen un grand nombre de succès, particulièrement dans les phlegmons érysipélateux. Un soldat d'une trentaine d'années a été pris d'un érysipèle phlegmoneux occupant tous les muscles de la partie moyenne du dos, dans une étendue de 10 à 12 pouces de diamètre environ. Cet érysipèle, qui menaçait de s'étendre et de devenir extrêmement dangereux, a été heureusement borné par de nombreuses ventouses scarifiées (12 en 2 jours), posées sur le siége du mal et autour de sa base. Le malade avait de la fièvre, du dévoiement; la tête s'embarrassait; la langue était couverte d'un enduit jaunâtre. Tous ces accidents se sont dissipés, et le malade est en voie de guérison. » (*Lancet. franç.*, 1831, t. V, p. 313.)

Topiques émollients. — En général, dans l'érysipèle ordinaire, les parties affectées d'inflammation supportent impatiemment les topiques, même les plus doux, et notamment ceux qui peuvent offrir un certain poids, concentrer la chaleur locale ou prendre des caractères irritants par leur séjour, inconvénient que ne manquent presque jamais d'entraîner les cataplasmes épais, les fomentations mucilagineuses, les corps gras, etc. « Les cataplasmes mucilagineux, les compresses imbibées de liquides onctueux, nous ont paru avoir, en général, le double inconvénient de provoquer une éruption eczémateuse et de favoriser les décollements de l'épiderme. Les farines sèches de seigle, de froment, dont on propose de saupoudrer la surface enflammée, forment des croûtes sous lesquelles se fait souvent une exhalation purulente, et sont souvent plus nuisibles qu'utiles. » (Chomel et Blache, *loc. cit.*, p. 236.) En conséquence de ces observations, un grand nombre de praticiens proscrivent aujourd'hui toute espèce d'application topique. Nous admettons le principe, mais ces conséquences nous semblent trop absolues et trop exclusives; il est en effet des cas, même dans l'érysipèle envisagé d'une manière générale, où la sécheresse, la chaleur, la tension, la douleur de la peau, réclament des moyens locaux : c'est au médecin de savoir les modifier avantageusement. Les applications à demeure nous ont toujours paru difficiles à supporter et souvent plus nuisibles qu'utiles; mais nous avons, dans un grand nombre de cas, retiré beaucoup d'avantage et de soulagement pour les malades, surtout dans les érysipèles de la face, des lotions par intervalles avec les infusions tièdes et peu chargées

de laitue, de mélilot, de tilleul, de fleurs de mauve, de tussilage, avec les décoctions de riz, de gruau, de semoule surtout, de têtes de pavot, en faisant suivre chaque lotion d'une onction très-légère avec la pommade de concombre, et spécialement la crême de limaçon, la crême douce du lait, etc. Quelques médecins, et notamment MM. Martin Solon et Barthez, ont employé dans ces derniers temps, avec beaucoup d'avantages, l'axonge surtout, comme topique, dans le traitement de l'érysipèle : ils en citent plusieurs faits (*Lancette franç.*, 1831, t. V, p. 217, et *Recueil de médecine et de chirurgie militaires*, 1834, t. XXXVI, p. 264); M. Barthez prétend même que le mercure, dans l'onguent, doit à son véhicule à peu près tous ses bons effets contre l'inflammation érysipélateuse, et que l'axonge seul guérit aussi bien, sans avoir les mêmes inconvénients.

Nous n'entrerons pas dans cette discussion qui serait peut-être encore prématurée, mais nous ferons observer que ces faits prouvent au moins la trop grande rigueur avec laquelle on a repoussé l'application des corps gras. Ce discrédit tient sans doute au mauvais choix de ces derniers et surtout aux pièces d'appareils usités dans ces applications pour les emplâtres, les fomentations et les cataplasmes. Ainsi dans l'emploi de tous ces moyens quels qu'ils soient, user des corps qui ne rancissent pas, concentrer la chaleur le moins possible, laisser aux parties affectées la plus grande liberté, tels nous paraissent être les principes dont l'application réhabilitera nécessairement plusieurs de ces médications locales.

Bains généraux tièdes. — Ils ne doivent pas constituer une méthode, mais leur usage nous a plusieurs fois réussi pour des érysipèles des membres, du tronc, à large invasion, lorsque l'apparition était faible et languissante avec des symptômes d'irritation intérieure. «Quant à l'érysipèle qui se montre avec les symptômes généraux de la fièvre ataxique, il réclame particulièrement l'usage des bains tièdes.» (Chomel et Blache, *loc. cit.*, p. 24.) Ce moyen a surtout merveilleusement réussi à M. Renauldin dans le traitement d'un érysipèle général, fait que nous avons cité en parlant du siége de cette maladie.

Boissons aqueuses.—Les praticiens conviennent généralement des avantages des boissons aqueuses plus ou moins abondantes et surtout chaudes soit mucilagineuses, soit acidulées très-légèrement, dans le traitement de l'érysipèle ; on rend ensuite ces boissons soit diurétiques, soit diaphorétiques, laxatives et même toniques suivant les indications spéciales qui peuvent se présenter.

3° *Méthode répercussive.* — Sous le nom de méthode réfrigérante plusieurs médecins ont proposé des applications que nous croyons devoir nommer répercussives, afin de signaler immédiatement les dangers dont cette méthode nous semble environnée surtout si l'on voulait en faire une méthode générale. M. Gouzée rapporte à cette occasion les observations suivantes :

Obs. XI. — Rose, fusilier, âgé de 33 ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital militaire d'Anvers le 29 avril 1828, ayant une inflammation érysipélateuse à l'oreille gauche qui était recouverte de grosses phlyctènes. Eau d'orge acidulée, diète absolue. — 3. Invasion de toute la partie gauche de la face, phlyctènes presque confluentes, sérosité noirâtre, odeur fétide qui fait craindre la gangrène, langue sèche, soif vive, léger délire, saignée du bras répétée le soir, 10 sangsues à la base de la mâchoire, ouverture des phlyctènes par la lancette. Toute la partie malade et le front sont recouverts de compresses légères mouillées avec une fomentation froide composée de 2 onces d'esprit de froment à 15°, mêlés à 16 onces d'eau, diète. —4. L'érysipèle a gagné le côté droit, les accidents généraux n'ont pas augmenté. 8 sangsues à la base de la mâchoire ; continuation des réfrigérents. — 5. Diminution de tous les accidents, dégorgement des paupières ; le malade peut ouvrir les yeux, cessation de la fièvre et du délire.
— 7. Desquammation. — 8. Les réfrigérents ne sont plus jugés utiles. — 14. Le quart. Convalescence rapide, aucune trace d'altération substantielle de la peau.

Obs. XII. — Maréchal, commis, âgé de 25 ans, faible constitution, rhumatisant. 6 mai 1830, érysipèle au côté gauche de la face. — 7. Envahissement des paupières et du front. Les jours suivants l'inflammation s'avance à droite et vers le cuir chevelu; phlyctènes. — 11. Front, téguments de la tête, oreille droite, douloureux, tendus, enflammés, augmentation de la fièvre, langue blanchâtre, humide, soif vive, délire continu, efforts pour sortir du lit. Depuis les premiers jours, quatre applications chacune de 16 sangsues à la base de la mâchoire, aux tempes, derrière les oreilles, aux jugulaires, sans aucune influence notable sur la maladie. — 12. Nouvelles sangsues aux jugulaires. Persistance des accidents. Fomentations froides alcoolisées. J'avais eu dès le principe l'intention de recourir à cette médication, mais un mot d'une assistante dont je ne voulais pas heurter les préjugés sur les prétendus inconvénients de l'application du froid, me fit différer l'exécution de ce projet, que je n'avais, au reste, pas encore fait connaître. Je voulais d'ailleurs saisir cette occasion d'essayer la méthode antiphlogistique ordinaire, mais je vis bientôt son insuffisance et ne balançai plus. Les fomentations furent posées légèrement sur le cuir chevelu peu garni de cheveux, sur le front et sur les joues avec recommandation de tenir les linges constamment humides et froids. Prompte amélioration, nuit calme. — 14. Tumé-

faction et rougeur considérablement diminuées. — 15. Retour de l'intelligence ; il ne reste qu'un peu de gonflement à la tempe et à l'oreille droite. Hallucinations passagères. Sinapismes aux pieds pour les combattre. Ce moyen ne fait que les augmenter. — 16. Tout rentre dans l'ordre. — 17. Un peu de bouillon, cessation des réfrigérents. Deux jours après, convalescence confirmée.

Obs. XIII. — Hennuy, soldat du train, 23 ans, peau blanche et fine, indisposé, toussant depuis cinq jours, entre à l'hôpital le 21 mars 1821 pour une gastro-entérite grave, accompagnée d'une forte bronchite. Trois saignées de 14 à 16 onces, les premiers jours ; trois applications de douze sangsues. Convalescence dans les premiers jours d'avril. — 4. Gonflement à la parotide droite. — 5. Tuméfaction considérable, fièvre. Deux applications de sangsues. — 7. A peine un peu de tuméfaction ; mais rougeur érysipélateuse à la joue gauche. — 8. Envahissement du front, fomentation alcoolisée, diminution graduée de la rougeur, disparition totale en moins de trois jours. — 13. Nouvel érysipèle à la joue droite. Nouvelle fomentation. Au bout de trois jours la convalescence était déclarée. Pendant tout ce temps, diète sévère. (*Arch. de méd.* 1833. — 2e série, t. I, p. 493.)

M. Malgaigne, témoin d'une application heureuse que fit M. Gama du camphre en poudre sur un érysipèle, eut l'idée d'en constituer une méthode thérapeutique de cette maladie. Nous le laisserons lui-même en exposer les caractères et les résultats qu'il en attend :

« Rien de plus simple que la façon de mettre le camphre en œuvre. Si la partie est plane et horizontale, on peut étendre le camphre sur la peau même, sinon on le place entre deux linges mouillés ou à la surface d'un cataplasme qui le retiennent au lieu où il doit agir. Il faut le mouiller et en même temps les compresses dont on le recouvre, afin que l'évaporation ait toujours un aliment. Quand la chaleur locale est très-élevée, en deux heures les compresses les mieux imbibées d'eau sont parfaitement sèches. Il faut les entretenir humides sans quoi le camphre n'aurait plus d'action, en un mot, il n'agit que comme les huiles volatiles, par l'évaporation et le froid qu'il procure ; l'immense différence qu'il y a, c'est que son action est fine, permanente, toujours égale, en un mot, lui donne droit d'être introduit dans la matière médicale, comme le plus puissant et le plus sûr des réfrigérents.

Obs. XIV. — « Le 11 mai 1829, un sous-officier, âgé de 45 ans, entre au Val-de-Grâce. Fracture de la jambe droite, plaie contuse par laquelle le fragment supérieur semblait être sorti. Cure longue, compliquée de suppuration, de foyers du pus. Après plusieurs contr'ouvertures, le pus semble vouloir tarir et la consolidation se faire, quand, le 9 août, le malade se plaint de vives douleurs développées dès la veille. Vaste érysipèle occupant la jambe, depuis long-temps gonflée par le repos et les accidents. M. Gama prescrit une diète sévère, fait saupoudrer tout l'érysipèle de camphre et recouvrir la jambe de simples compresses trempées dans une infusion de sureau. Le lendemain, toutes les parties en contact avec le camphre avaient repris leur aspect naturel ; mais le dos du pied qui, par son inclinaison, n'avait pu retenir la poudre médicamenteuse, était resté rouge et gonflé ; de plus, l'érysipèle, chassé de la jambe, avait envahi la moitié supérieure de la cuisse. Diète, boisson émolliente, deux grains de sulfate de quinine à l'intérieur, application sur la cuisse d'un large vésicatoire en travers, partie sur la peau saine, partie sur l'érysipèle. On recouvre celui-ci de camphre, et le lendemain, l'érysipèle n'existe plus qu'autour du vésicatoire. Deux nouvelles appliactions de poudre de camphre l'amenèrent à complète guérison. Quant à la tumeur du cou du pied, elle persiste et se termine par un abcès. »

Obs. XV. — « Au commencement de 1830, il vint dans la salle de M. Broussais un jeune soldat affecté d'érysipèle très-intense, occupant toute la partie gauche du visage jusqu'au niveau du sourcil et de l'oreille. Déjà plusieurs phlyctènes avaient soulevé l'épiderme sur la joue. Fièvre intense, soif, inappétence, céphalalgie ; langue rouge à la pointe, chargée à la base ; pouls plein et fort. Je fis une saignée de douze onces et une forte application de camphre mouillée et recouverte d'une compresse humide. Comme je n'étais pas sans inquiétude sur la métastase de l'érysipèle, douze sangsues au cou. Le soir, plus de douleur, pouls presque naturel. Continuation du réfrigérent. Le lendemain, disparition de l'érysipèle ; ampoules affaissées et flétries dans les points primitivement affectés, mais progrès au front, à une partie du cuir chevelu. Extension de réfrigérent aux parties nouvellement envahies. Le lendemain, guérison complète, aucun accident ultérieur. » — M. Malgaigne ajoute encore deux autres faits analogues, et complète ainsi les résultats de son expérience : « Depuis lors, j'ai employé nombre de fois le camphre, et il n'en est résulté aucun accident, et toujours la guérison a été aussi rapide. » (*Gaz. méd.*, t. III, p. 382, 1832.) — Chélius s'exprime ainsi relativement à la médication réfrigérente : « Dans l'érysipèle pustuleux et ses variétés, d'après Rust, on doit souvent, surtout lorsque sa marche est plutôt chronique qu'aiguë, employer le froid humide ; et l'eau de Goulard, avec une faible addition de teinture alcoolique d'opium, c'est ce qui convient le mieux. » (*Traité de chirurgie*, t. I, p. 36, traduction de M. Pigné.)

On doit rapprocher comme éléments de la méthode répercussive, avec des avantages ou des inconvénients variés, tous les moyens de réfrigéra-

tion locale, et notamment les affusions d'eau froide, les arrosements continus, d'après les procédés communs ou les modifications spéciales de MM. Josse, de Genève; A. Bérard, etc.

Si l'on pouvait toujours envisager l'érysipèle comme une inflammation de la peau complètement locale, sans doute à certains de ses degrés, les applications réfrigérentes offriraient, comme dans la brûlure, par exemple, des ressources précieuses pour faire avorter cette inflammation ou borner son développement, et prévenir sa terminaison par suppuration. Mais il n'en est point ainsi; dès lors, si nous conseillons cette méthode, surtout lorsque nous parlerons de l'érysipèle simple et par cause locale, on comprend qu'il nous est impossible, d'après les principes que nous avons établis, d'en faire une méthode applicable aux généralités de l'érysipèle.

4° *Méthode dérivative.* — Elle consiste essentiellement à déplacer l'inflammation d'un point où ses progrès peuvent devenir très-dangereux pour l'établir sur un autre où son développement n'offre plus la même gravité. Ce changement du siége de l'inflammation peut exister tantôt à divers points de l'enveloppe dermoïde plus ou moins éloignés, tantôt aux éléments superficiels de la peau mis en opposition avec les éléments profonds et surtout le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le premier cas, l'art se propose de changer complètement le lieu de la surface inflammatoire, dans le second de conserver la phlegmasie dans son lieu, mais de la rendre plus superficielle et plus étroitement circonscrite. Nous trouvons un exemple de la première dérivation dans la rubéfaction des pieds, sous l'influence d'un sinapisme pour contrebalancer les progrès d'un érysipèle de la face; et de la seconde, lors de l'application d'un vésicatoire sur le centre d'un érysipèle phlegmoneux pour en arrêter les envahissements en largeur et surtout en profondeur. Tous les éléments thérapeutiques de cette méthode sont des excitants plus ou moins actifs et dans lesquels nous devons reconnaître, pour bien en comprendre les applications, trois effets essentiellement distincts : 1° le rappel à son siége primitif d'une fluxion érysipélateuse détournée vers des organes importants, 2° le transport de cette phlegmasie d'un point dans un autre, 3° enfin la concentration des phénomènes inflammatoires au sein même des parties phlogosées. Dans ce dernier cas, il existe en même temps un trouble jeté brusquement dans la marche de l'altération de telle sorte que la méthode est peut-être alors autant perturbatrice que dérivative. Nous n'indiquerons pas individuellement tous les agents qui peuvent servir à déterminer ces effets, ils sont aussi nombreux que les excitants cutanés avec toutes leurs modifications; nous examinerons seulement ceux dont l'expérience a consacré les avantages, encore le ferons-nous d'une manière générale, conservant les applications particulières pour l'histoire des spécialités de l'érysipèle.

Pommade ou liniment de Kentisch. — C'est un mélange d'onguent basilicum et d'huile essentielle de térébenthine dont la consistance doit être molle et non liquide. Le docteur Charles Meigs assure avoir obtenu de ce moyen les plus grands succès dans le traitement de l'érysipèle. Il l'emploie indistinctement contre toutes les variétés de cette affection; il assure avoir guéri par ce seul moyen un érysipèle œdémateux grave à la jambe, chez un malade qui portait depuis plusieurs années un ulcère sur ce membre. Il cite également l'histoire d'un jeune enfant qui éprouvait de violentes convulsions, occasionées par un érysipèle occupant en entier le pied droit, la jambe et la cuisse. Des applications fréquentes de cette pommade firent disparaître la maladie avec une extrême promptitude. (*The* N. Arno, *Med. and. surg. journ.*)

Fer incandescent. — C'est particulièrement à M. Larrey que nous devons la recommandation expresse de ce moyen dans le traitement de l'érysipèle; voici comment il expose lui-même le résumé de ses opinions : « Sans avoir égard aux causes concomitantes, à la formation de cette maladie (de l'érysipèle), on devra mettre promptement en usage un moyen qui soit capable d'arrêter ce travail inflammatoire péristaltique, en absorbant le principe morbide avec les fluides qui le recèlent et en rétablissant en même temps les propriétés vitales dans les tissus malades d'où cette stase morbifique les avait expulsés. Le cautère actuel nous a paru produire ce double effet, et le succès le plus extraordinaire a justifié notre attente. Vers la fin du dernier siècle, M. Pelletan, de l'institut de France, avait déjà signalé ce topique comme un puissant révulsif contre l'érysipèle, et c'est au reste dans les éloquentes leçons de ce professeur célèbre, qu'on a puisé la plupart des idées lumineuses qui ont conduit les physiologistes modernes à tant de découvertes. Appliqué sur les points les plus rouges de l'érysipèle et sur ceux qui sont le plus rapprochés de la plaie (érysipèle traumatique) le fer incandescent arrête en effet et à l'instant même la marche de la phlegmasie. Cette application qui ne cause point ou presque point de douleur, est immédiatement accompagnée et suivie 1° d'une effluve gaziforme, d'une odeur animale rendue visible par une légère fumée qui l'enveloppe; 2° de la disparition de la chaleur et de la douleur tensive que le malade éprouvait dans toute la partie enflammée; 3° la rougeur et le gonflement qu'on y observait se dissipent également; 4° ces cautérisations ne sont point suivies de suppuration, elles ne sont pas susceptibles de produire la gangrène comme les rubéfiants; les parties brûlées du cutis tombent par petites écailles charbonneuses et ne laissent point de cica-

trices sensibles; 5° le flux purulent de la plaie dont la suppression avait précédé l'érysipèle se rétablit presqu'aussitôt; 6° enfin les forces de l'individu renaissent en même temps et les fonctions affaiblies des viscères, surtout celles de l'estomac, se raniment et concourent ainsi à l'entière résolution de la maladie exanthématique. S'il existe d'ailleurs encore quelque signe d'une affection gastrique saburrale, on achèverait l'effet révulsif du cautère actuel par l'administration d'un grain d'émétique dissous dans une infusion d'ipécacuanha, faite à froid et filtrée.» (*Cliniq. chirurg.*, t. I, p. 64.)

Obs. XVI.—Jean Féton, 22 ans, cordonnier dans l'artillerie à cheval, est apporté à l'hôpital le 5 octobre 1825, au 6e jour d'une plaie contuse à la jambe droite occasionée par un coup de pied de cheval; d'abord légers répercussifs, inflammation locale, émollients, caractère érysipélateux de la plaie, symptômes nerveux généraux, l'érysipèle envahit toute la jambe et le pied qui se tuméfie. — Onzième jour. Lignes rougeâtres étendues au loin sur la cuisse, petites phlyctènes gangréneuses autour de la plaie, diminution de la sensibilité dans le membre très-gonflé, d'un rouge violet, nausées, vertiges, pouls petit, fébricitant, langue noire, aride, œil terne, larmoyant, visage décoloré, urine rare et noire, danger imminent. Vomitifs, fomentations de vinaigre chaud fortement camphré. — Douzième jour. Même état local et d'ataxie, application du cautère actuel sur tous les points principaux de l'érysipèle en commençant par les bandes rouges de la cuisse, et descendant vers le pied avec l'attention d'éviter les adhérences de la peau sur les saillies osseuses; une cinquantaine de boutons de feu incandescent furent ainsi posés en moins de dix secondes, un moxa sur l'épigastre, mêmes fomentations soutenues par une bande légèrement serrée. — Treizième jour. Gonflement du membre considérablement réduit, érysipèle presqu'entièrement dissipé, suppuration louable déjà rétablie dans la plaie, langue humectée, moins noire, fonctions ranimées; et le malade qui la veille n'avait pu proférer une parole, déclare à voix élevée qu'il se trouve mieux. Évacuations alvines noires, extrêmement fétides. En moins de trois jours tous les symptômes de l'affection érysipélateuse et de la fièvre traumatique eurent entièrement disparu. La plaie se détergea promptement. Des brûlures du fer rouge n'ont point été suivies de suppuration, et n'ont laissé aucune trace sur les points de la peau où le cautère avait été appliqué. (*Loc. cit.*, p. 67.)

M. Larrey cite encore une seconde observation analogue, on en trouve d'autres dans la *Clinique des hôpitaux et de la ville*, t. I, n. 68, p. 2, t. II, p. 242.

Nous ne prenons sur nous aucune responsabilité des avantages de cette méthode et des explications qu'en donne son célèbre auteur; nous ajouterons seulement que la cautérisation soit par le fer incandescent, soit par le moxa ou tout autre moyen, nous paraît absolument incapable de constituer une méthode générale; nous indiquerons dans les spécialités les avantages qu'elle peut offrir pour certains cas.

Sinapismes. — C'est à peu près exclusivement comme dérivatif éloigné que ce moyen est conseillé par les auteurs; ainsi dans le traitement de l'érysipèle, M. Bally se borne à l'usage de la limonade gommeuse et à quelques sinapismes aux extrémités. « Il a remarqué que les malades qu'il a traités de la sorte guérissaient promptement, tandis que ceux qui étaient soumis à une médication antiphlogistique par les évacuations sanguines ou auxquels on administrait des purgatifs, éprouvaient des accidents graves ou succombaient. » (*Annuaire-médico-chirurg.* 1827, p. 280.) Tissot parle ainsi de ce genre de dérivation : « Il est très-utile, quand le mal est à la tête, de baigner souvent les jambes dans l'eau tiède; l'on doit même, s'il est violent, appliquer des sinapismes à la plante des pieds. J'ai vu ce remède attirer sur les jambes, au bout de quatre heures, un érysipèle qui couvrait le nez et les yeux. » (*Loc. cit*, p. 354.)

Beaucoup d'autres auteurs ont également recommandé les sinapismes, et leurs avantages seraient peut-être encore plus généralement admis, si l'on en faisait des applications mieux raisonnées, surtout en les mitigeant de manière à ne pas éveiller les douleurs violentes qui s'accompagnent souvent alors d'un éréthisme général et de réactions directement nuisibles. Quant à leur application sur les points enflammés ou même dans le voisinage de l'érysipèle, nous les croyons plus nuisibles qu'utiles par les accidents gangréneux ou phlegmoneux qui peuvent s'y rattacher, on pourrait tout au plus y recourir dans la nécessité de rappeler à son premier siége un érysipèle répercuté avec métastase dangereuse. Ce moyen, comme les précédents, ne peut dès-lors point constituer une méthode générale.

Vésicatoire. — On s'est beaucoup occupé, surtout dans ces derniers temps, de l'emploi du vésicatoire dans le traitement de l'érysipèle; toutefois cette médication n'est pas nouvelle. « En Espagne aussi il a été question d'appliquer des vésicatoires sur le lieu même où siége un érysipèle; il est très-curieux de remonter à l'ancienneté de ce hardi procédé curatif qui, de nos jours, a été tiré de l'oubli par l'un des grands particiens de la capitale (Dupuytren). Nous ignorons si l'autorité d'un grand nom l'a fait adopter par beaucoup de médecins, mais nous pouvons assurer l'avoir vu employer plusieurs fois avec succès; il paraît que ce sont les Italiens qui, les premiers, en ont eu l'idée. Le docteur Garcia Vas-Quez, chirurgien du roi Ferdinand VI, rapporte dans sa traduction espagnole de la *chirurgie d'Heister*, qu'il a vu un célèbre médecin italien appliquer des cantharides sur le

lieu même de l'inflammation dans deux cas d'érysipèle très-grave, et qu'il résulta de l'abondante évacuation de sérosité qui eut lieu, un grand soulagement pour les malades..... Il fait remarquer que l'on doit regarder comme critiques certains érysipèles qui reviennent périodiquement et qu'il serait dangereux de combattre par l'application des résolutifs, mais bien plus encore par celle des vésicatoires; ce dernier moyen ne peut pas convenir non plus quand l'érysipèle s'accompagne de symptômes très-aigus avec exaltation des propriétés vitales. Dans ces cas, appliquer un vésicatoire, ce serait ajouter un stimulus à un stimulus déjà existant et précipiter la nature dans un abîme de symptômes mortels. L'application des vésicatoires sur l'érysipèle peut être avantageuse dans les cas où cette maladie survient chez des individus d'un tempérament lymphatique, chez lesquels il y a surabondance de sucs..... Elle est surtout indiquée, si les érysipèles marchent lentement et ne s'accompagnent pas de l'éruption de ces petites vésicules séreuses qui forment l'un de leurs phénomènes naturels les plus ordinaires. (*Leçon de Chirurgie par Jean de Herréra, Journ. compl.* 1821, t. X. p. 148.)

« L'emploi du vésicatoire dans le traitement de l'érysipèle, n'est point une méthode nouvelle ; cette pratique remonte vers la fin du XVIIe siècle, et peut-être au-delà : on a lieu de présumer que ce sont les Italiens qui les premiers ont eu l'idée d'appliquer des vésicatoires sur le lieu même qui est le siége de l'érysipèle.... En France aussi l'usage du vésicatoire, dans le traitement de l'érysipèle, a été depuis long-temps conseillé; du temps de Thévenin, on employait le vésicatoire, mais l'application n'en était faite que loin de la partie malade. Petit, de Lyon, au contraire, l'appliquait sur l'érysipèle lui-même, et l'on trouve dans la thèse inaugurale de M. Radomel, plusieurs observations qui prouvent l'efficacité de cette méthode..... Elle est éminemment utile dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux... On recommande encore l'application du vésicatoire, soit auprès de l'érysipèle, soit sur l'érysipèle lui-même, lorsque cette maladie survient autour d'une plaie récente ou ancienne, dont la suppuration diminue ou disparaît, dans l'érysipèle ambulant ; on saisit alors le moment où cette inflammation affecte une partie de la peau peu délicate et moins sensible que celle primitivement affectée.... Tout récemment, M. Conté, frappé des bons effets qu'il a vu retirer de l'emploi de la méthode de Petit par M. Amiel, chirurgien en chef de l'hôpital général de la Grave à Toulouse, s'est déterminé à l'employer d'une manière méthodique, et il a publié à ce sujet un Mémoire très-intéressant dont voici l'un des corollaires : de tous les moyens employés jusqu'ici contre l'érysipèle, le plus efficace est le vésicatoire appliqué pendant une heure ou deux seulement, suivant le sensibilité de la peau; on le réapplique autant de fois que l'éruption paraît se renouveler ; mais si le vésicatoire est laissé plus de deux heures, il ne fait qu'accroître la maladie au lieu de l'arrêter. L'érysipèle se trouve constamment arrêté dans sa marche, par l'application du vésicatoire, et ce moyen n'a jamais produit de métastase, comme le font souvent les astringents et les répercussifs. » (Rousseau, *Recueil de médecine et de chirurgie militaires*, t. XII, p. 305.)

M. Hedelhofer (*Gaz. méd.* 1833, t. I, p. 488), réclame en faveur de l'école de Montpellier, sinon la première idée de l'emploi du vésicatoire, au moins son importation à titre de méthode dans la pratique, relativement au traitement de l'érysipèle.

« L'application des vésicatoires au voisinage de la partie frappée d'érysipèle, semble à M. Lawrence devoir être fort avantageuse. Il en a fait l'essai une fois, et le vésicatoire fut placé moitié sur la peau saine, moitié sur la peau malade ; l'inflammation fut arrêtée ; mais comme d'autres moyens avaient été mis en usage en même temps, son efficacité dans ce cas, est restée enveloppée d'un doute. » (*La cliniq. des hôpit. et de la ville*, t. I, n° 80, p. 4.)

« Les vésicatoires, tous les attractifs, rendent le plus utile des offices, lorsqu'ils peuvent remédier aux rétrocessions, ou prévenir de funestes métastases ; l'excitement qu'ils déterminent, suffit quelquefois pour arracher les malades au péril le plus imminent. » (*Loc. cit.*, p. 44.)

« Depuis long-temps M. Le professeur Alibert traite à l'hôpital Saint-Louis, dès leur début, les érysipèles des extrémités, par l'application d'un vésicatoire sur la partie enflammée. Nous avons vu M. Delpech employer également cette médication, dans le traitement de cette maladie. M. Récamier en fait aussi usage dans ses salles. » (*Annuaire médico-chirurg.* 1828, p. 290.)

MM. Biett, Cazenave et Schedel, limitent beaucoup cette médication : « Les vésicatoires ne doivent être employés que pour fixer l'érysipèle ambulant, ou bien pour rappeler sur la partie primitivement affectée, cet exanthème, quand il a disparu subitement, et que cette disparition coïncide avec des accidents plus ou moins graves. » (*Loc. cit.*, p. 25.)

M. Dupuytren a surtout rappelé l'attention des praticiens relativement à l'efficacité du vésicatoire dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, et ses principes ont été développés dans la thèse inaugurale de notre ami le docteur Patissier. Nous y reviendrons dans l'histoire de cette importante spécialité. Le professeur que nous venons de citer en fait également usage dans d'autres variétés, même avec plus de confiance : « L'érysipèle est très-fréquent à la tête à la suite des plaies par armes à feu. On appliquera des vésicatoires volants sur le siége même du mal ; ils nous ont souvent réussi pour en

arrêter les progrès, mais souvent aussi ils ont été insuffisants, et il a fallu établir une suppuration permanente. » (*Leç. oral.*, t. II, p. 485.)

Obs. XVII. — L...., chasseur au deuxième régiment d'infanterie légère, bonne constitution, un peu lymphatique. 12 mai 1821, sans cause connue, violent accès de fièvre, délire pendant la nuit. — 13. Diminution de ces symptômes, apparition d'un érysipèle, invasion de la lèvre supérieure, du nez, de la joue, des paupières, du côté droit, d'une partie de la joue gauche. Vers le soir, augmentation des symptômes locaux, retour de la fièvre, pouls plein, fréquent, soif vive, langue rouge, surtout sur les bords, constipation. Diète, limonade gommeuse, demi-lavements émollients. — 14. Céphalalgie violente, dix sangsues au trajet des veines jugulaires. — 15. Céphalalgie moins intense. — 16. légère diminution de l'érysipèle, pédiluves. Le soir retour, augmentation des symptômes locaux. Application d'un vésicatoire sur la joue droite, au centre de l'érysipèle. Séjour d'une heure et demie. Douleur, tension inflammatoire diminuées, un peu de sommeil pendant la nuit. — 17. Phlyctènes à l'endroit du vésicatoire. L'érysipèle abandonne le côté droit de la face, et se porte vers la joue, la tempe, l'oreille et le péricrâne du côté gauche. Nouveau vésicatoire sur la région zygomatique de ce côté; séjour une heure six minutes. L'érysipèle est arrêté, amélioration sensible. — 18. Deux grains d'émétique. — 19. Convalescence. (Rousseau. *Loc. cit.*, p. 311.)

L'auteur fournit encore deux observations analogues.

Nous verrons dans les spécialités, que le vésicatoire, pour certains cas, peut devenir une médication très-importante, en agissant d'après l'une ou l'autre des trois indications que nous avons assignées aux dérivatifs. Mais nous ne pouvons trouver dans son emploi les caractères suffisants d'une méthode générale.

5° *Méthode ectrotique.* — (εκτιτρωσκω j'avorte;) On a dans ces derniers temps parlé sous cette dénomination d'une méthode qui consiste à faire avorter dans leur développement les inflammations, surtout exanthématiques, spécialement au moyen du nitrate d'argent fondu, soit en solution, soit à l'état solide. MM. Bretonneau et Serres l'ont employé en 1835 contre la variole, M. Alibert depuis long-temps contre les affections dartreuses, M. Clément contre le zona, John Higginbottom contre l'érysipèle de la face en 1827.

« Le docteur John Higginbottom ayant employé avec succès le nitrate d'argent dans les érysipèles par suite de blessures, pensa qu'il pourrait obtenir les mêmes avantages dans les érysipèles déterminés par une cause constitutionnelle. Un de ces cas s'étant présenté à lui chez une jeune fille qui portait sur toute la face un érysipèle formant un masque de la figure d'un cœur, et laissant autour de lui un bord d'environ deux pouces, libre d'inflammation, il essaya sur un des côtés de la face une application de nitrate d'argent dans une étendue de quatre pouces de long et de deux de large, partie sur la peau enflammée, partie sur la peau saine. Cette cautérisation détruisit l'inflammation, et empêcha ses progrès du côté où elle avait été faite, tandis que de l'autre la maladie s'étendit rapidement jusqu'au crâne et au col, et que de plus elle vint environner dans la même direction la partie cautérisée, en ne laissant intact que le point de la peau où le nitrate d'argent avait été appliqué. La maladie parcourut ses périodes avec gravité; la malade eut du délire, etc., quoiqu'on eût employé le traitement usité en pareil cas, comme les saignées générales, les vésicatoires à la nuque, les purgatifs, etc. Le nitrate d'argent ayant évidemment dans cette circonstance détruit l'inflammation et prévenu ses progrès, puisqu'au bout de cinq jours, l'eschare s'était détachée en laissant au-dessous d'elle la peau libre d'inflammation et de gonflement. L'auteur fut amené à conclure que si dans de pareils cas la cautérisation était étendue à toute la surface enflammée et aux parties environnantes, la maladie serait arrêtée dans son commencement, ainsi que l'affection constitutionnelle qui en est la suite. »

Obs. XVIII. — « Anne Ward, 47 ans, non menstruée depuis trois mois; depuis quelques semaines, toux, frisson, fièvre, céphalalgie; nez, paupières, envahis par un érysipèle. Émétiques, purgatifs. Extension de l'inflammation à tout le côté droit de la face du crâne. Céphalalgie, langue blanche et chargée, peau chaude, sèche, pouls 130, insomnie. Saignée de 14 onces, calomel, infusion purgative, crâne rasé, nettoyé à l'eau savonneuse, application du nitrate d'argent à toute la surface malade, en empiétant un peu sur les parties saines.

Deuxième jour de cette médication. — Inflammation arrêtée sur la face au point de l'empêcher de passer de l'autre côté du nez. Quelques points du crâne où le nitrate d'argent n'a pas été appliqué, sont œdémateux. Cautérisation de toute cette partie et de l'oreille gauche saine. Engourdissement dans la tête qui est moins douloureuse, un peu de délire dans la nuit, pouls 104. Langue plus nette, fièvre moindre.

Troisième jour. — L'inflammation ne s'est pas étendue, mieux général, pouls 100, continuation des purgatifs, disparition complète de l'inflammation; de petites phlyctènes qui s'étaient développées sur la partie cautérisée ont disparu.

Quatrième jour. — Séparation des eschares, au-dessous d'elles peau sans inflammation, seulement un peu engourdie. Les jours suivants, la peau se nettoie, convalescence. » (*Journ. des Progrès*, 1827, t. VI, p. 266.)

L'auteur cite encore une autre observation analogue. Deux autres lui sont fournies par le docteur

J. Storer ; l'une, d'érysipèle à la face, l'autre à la cuisse où le nitrate d'argent avait eu un plein succès.

M. Tanchou (*Lancet. Franç.* 1831, t. V, p. 120) s'exprime ainsi relativement à cette méthode. « J'ai l'habitude de me servir du nitrate d'argent dans toutes les inflammations de la peau, quelle que soit leur cause et leur degré, avec le plus grand succès, notamment dans l'érysipèle. Je crayonne ou mieux je badigeonne toute la surface enflammée avec un lingot ou une dissolution de nitrate d'argent ; ordinairement avant même que cette opération soit terminée, l'inflammation tombe sur les premiers points qui ont été touchés. Toute la surface enflammée pâlit, tous les phénomènes phlegmasiques disparaissent, il ne reste plus qu'une auréole rosée qui entoure la croûte noirâtre occasionée par la cautérisation. Bientôt celle-ci tombe, l'autre se dissipe au bout de quelques jours et le malade se trouve guéri, alors que si l'on eût combattu la maladie par les moyens ordinaires, elle eût à peine parcouru sa première période. »

« On a quelquefois employé le nitrate d'argent avec avantage, pour borner les érysipèles de la face, qui tendent toujours à envahir de proche en proche. M. Velpeau a préconisé cette méthode : nous l'avons vu employer par M. Biett avec succès, et notamment dans un cas grave, où il ne fallait rien moins, pour borner l'érysipèle, que des cautérisations profondes avec le nitrate acide de mercure. » (Casenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 25.)

« Depuis long-temps on commence à sentir dans la pratique l'utilité des irritations artificielles ; souvent c'est un moyen sûr de détourner la nature des voies sinistres où elle s'est engagée. L'application du nitrate d'argent a, du reste, un avantage qu'il importe de signaler : c'est de fixer l'érysipèle, qui est la plus mobile des inflammations. » (Alibert, *loc. cit.*, p. 44.)

« Nous avons plusieurs fois employé la cautérisation avec le nitrate d'argent, lorsque l'érysipèle occupait la face, et que nous redoutions l'envahissement du cuir chevelu. Assez souvent alors l'érysipèle a suspendu sa marche; mais, dans d'autres cas, ses progrès n'ont été nullement entravés, et la maladie a suivi son cours ordinaire. Nous avons recherché à connaître les circonstances auxquelles il fallait attribuer ses résultats opposés, et nous avons pu nous convaincre que la cautérisation par le nitrate d'argent, aussi bien que la vésication, n'avait ou ne paraissait avoir d'effet que dans le cas où l'érysipèle n'offrait plus sur ses limites qu'une simple rougeur sans gonflement, c'est-à-dire dans le cas où il était sur son déclin, tandis que là où il y a un bourrelet rouge, indice certain du progrès de l'érysipèle, la cautérisation et la vésication étaient l'une et l'autre sans action pour en arrêter la marche. » (Chomel et Blache, *loc. cit.*, p. 237.)

L'opinion que nous venons de citer sert en quelque sorte de transition à celle de M. Rayer sur le même objet. (*loc. cit.*, p. 162.) « On a assuré que les cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent arrêtaient promptement la marche de l'érysipèle : les résultats de l'expérience que j'ai tentée sont contraires à cette assertion. »

Il s'en faut beaucoup que la méthode ectrotique soit basée sur un assez grand nombre de faits pour nous dégager de toute inquiétude relativement aux dangers de l'avortement inflammatoire dans le plus grand nombre de phlegmasies érysipélateuses, et surtout pour nous engager à la présenter comme une méthode générale, etc. Nous indiquerons, dans la seconde partie, les spécialités auxquelles on peut l'appliquer.

6° *Méthode évacuante et perturbatrice.* — Elle se compose particulièrement des vomitifs et des purgatifs. Les premiers surtout offrent une double action sur l'organisme, l'expulsion des matières contenues dans le tube digestif, et la secousse plus ou moins violente communiquée à toute l'économie dans les efforts du vomissement ; de telle sorte que leur influence participe également de l'évacuation et de la perturbation, et qu'il est quelquefois difficile de décider si les heureux effets qu'ils ont produits appartiennent plus à l'une de ces modifications qu'à l'autre. L'emploi de ces moyens dans le traitement de l'érysipèle compte un assez grand nombre de partisans : Stoll parmi les médecins, Desault au nombre des chirurgiens, l'ont plus spécialement recommandé. Quelques-uns en ont exagéré les avantages et d'autres les inconvénients.

« La fièvre érysipélateuse parut quelquefois pendant ce mois (décembre), et l'éruption avait lieu ordinairement sur le visage. Le traitement antibilieux, savoir, des fondants salins et un éméto-cathartique, firent disparaître promptement et sûrement, sans aucun remède externe, et la fièvre et les exanthèmes. » (Stoll, *Méd. prat. traduct. de Mahon*, t. I, p. 418.)

« La méthode que j'emploie généralement est fort simple : c'est celle que m'avait recommandée mon illustre maître Lamure. L'érysipèle, me disait-il, est une maladie qui a la plus grande tendance à la gangrène, et si jamais des circonstances impérieuses commandaient dès le début de la maladie des émissions sanguines, celles-ci à peine pratiquées, aies recours au tartre stibié. Ce conseil a été la règle de ma conduite : dans aucun cas d'érysipèle, à la face ou ailleurs, je n'ai eu besoin de faire tirer du sang, et dans ceux où j'ai administré le tartre de potasse antimonié à titre d'émétique, je n'ai eu qu'à me louer de ses effets. » (Chrestien, *Gaz. méd.*, 1833, t. I, p. 554.)

« Les émétiques jouent un rôle important dans la curation de l'érysipèle..... Le tartre stibié doit être administré, tantôt pour faire contracter l'es-

tomac embarrassé de sa plénitude, tantôt en lavage pour ébranler toute la masse intestinale. » (Alibert, *loc. cit.*, p. 43.)

« M. Émery, médecin de l'hôpital Saint-Louis, administre l'ipécacuanha à la dose de vingt-quatre grains dans tous les cas d'érysipèle, et surtout lorsqu'il siége à la face; si l'exanthème n'a pas disparu sous l'influence du premier vomitif, il y revient le lendemain, une troisième fois même, et rarement il s'est vu trompé dans son attente sur les effets de ce médicament. La résolution ne tarde pas à se faire, la fièvre cesse et l'appétit revient. » (J.-P. Volage, *Thèse;* Paris, 1835. *Traitement de l'érysipèle*, p. 10.)

« L'expérience a prouvé que les vomitifs et les purgatifs n'avaient dans les cas ordinaires qu'une influence fort équivoque sur la marche de l'érysipèle..... Lorsque les symptômes bilieux l'accompagnent, doit-on, dans tous les cas, suivant l'usage d'un grand nombre de médecins, recourir aux vomitifs et aux purgatifs?.... Nous ne le pensons pas, et souvent nous avons observé qu'une diète sévère et des boissons délayantes acidules étaient alors plus utiles. Toutefois, s'il existe des signes d'embarras gastrique ou intestinal, on voit presque toujours l'administration d'un émétique ou d'un purgatif être promptement suivie d'une amélioration notable dans les symptômes locaux et généraux, et quelquefois d'une guérison complète. » (Chomel et Blache, *loc. cit.*, p. 236 et 239.)

« Les vomitifs sont quelquefois utiles quand les organes digestifs sont exempts d'inflammation, quand surtout il y a amertume de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, etc. C'était la pratique de Stoll, celle de Desault, aujourd'hui on l'emploie souvent avec avantage, surtout chez les vieillards. Les purgatifs sont aussi quelquefois très-salutaires pour faire cesser l'état suburral qui pourrait exister avec un érysipèle à la face. L'effet dérivatif qu'ils produisent sur le canal intestinal peut devenir très-avantageux. Dans la plupart des cas, il suffira d'avoir recours aux laxatifs et aux purgatifs doux. » (Biett, Casenave et Schedel, *loc. cit.*, p. 25.)

« Lorsque les organes digestifs sont exempts d'inflammation, et ce cas n'est pas rare, on peut employer une méthode de traitement qui consiste principalement dans l'administration du tartre stibié à dose vomitive. J'ai vu ce moyen réussir, soit que les malades rendissent ou non une quantité plus ou moins considérable de bile. Cependant, après des expériences comparatives, je reste convaincu que la saignée est généralement plus salutaire et applicable à un bien plus grand nombre de cas que le tartre stibié à dose vomitive ou fractionnée. Il ne faut pas non plus admettre comme démontrée l'opinion souvent reproduite, que les vomitifs, dans certaines constitutions médicales, guérissent constamment les érysipèles devenus rebelles à d'autres méthodes. » (Rayer, *loc. cit.*, p. 160.)

Nous ne citerons ici aucune observation particulière. Nous trouvons, en effet, que les cas nettement favorables à la médication que nous étudions appartiennent à la spécialité que nous aurons bientôt l'occasion d'examiner sous le nom d'érysipèle bilieux; c'est alors seulement que ces faits auront de l'opportunité. Disons, pour le moment, que les vomitifs et les purgatifs, les premiers spécialement, nous ont toujours paru des moyens nuisibles dans beaucoup de variétés de l'érysipèle, et notamment dans ceux qui se compliquent d'irritations gastro-intestinales, dans ceux qui affectent la tête chez les sujets forts et vigoureux avec fièvre intense, imminence d'accidents cérébraux, et que, bien loin d'en faire une méthode générale, nous les réserverons pour un petit nombre de cas particuliers.

A l'occasion des vomitifs et du tartre stibié le plus fréquemment employé dans cette médication, parlerons-nous de ces effets *déprimants* sur toute la constitution, de ses modifications antiphlogistiques admises par quelques médecins lorsqu'il est appliqué localement en solution, les essais entrepris sous ce double rapport dans le traitement du rhumatisme inflammatoire, ne sont pas de nature à faire naître le désir d'en essayer l'emploi dans la curation de l'érysipèle, nous renvoyons toutefois ceux qui voudraient connaître ses influences à l'ouvrage que nous avons publié. (*De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement des maladies*, p. 161. 1835.)

7° *Méthode mercurielle.* — Les médecins anglais qui font jouer un si grand rôle au calomel dans la thérapeutique médicale, ne pouvaient manquer de l'employer pour le traitement de l'érysipèle. MM. Lawrence, Graves, etc., le conseillent en effet à titre de purgatif, d'atténuant et même d'antiphlogistique. Mais ce n'est pas sous ce point de vue que nous devons envisager ici la médication mercurielle, son importance en adoptant les idées des auteurs qui l'ont conseillé se rencontre surtout dans l'application de l'onguent mercuriel au siége même de l'inflammation, c'est dès lors exclusivement sous ce rapport que nous devons la considérer

« L'onguent mercuriel a été employé en onctions sur les parties affectées d'érysipèle, ce moyen usité depuis fort long-temps aux États-Unis, si l'on en croit Dewes et Chapmon (*Élem. hoff. thérap.* 1821, t. I, p. 354), qui en attribuent la première idée au docteur Little et Dean, a été conseillé surtout en France, par MM. Ricord, Serres, d'Alais et Velpeau. Mais tout porte à croire que la plupart des guérisons attribuées à l'action de ce médicament, étaient dues à la marche naturelle de la maladie : dans le petit nombre d'essais que nous avons tentés

avec l'onguent mercuriel, ce remède nous a paru tout-à-fait impuissant pour arrêter les progrès de l'érysipèle. (Chomel et Blache, *loc. cit.*, p. 237.)

« Quant aux onctions avec l'onguent mercuriel, si les érysipèles simples se résolvent toujours, les érysipèles phlegmoneux se terminent quelquefois par suppuration. Dans les érysipèles de la face, j'ai plusieurs fois fait oindre un des côtés du visage avec l'axonge et l'autre avec de l'onguent mercuriel; plusieurs fois aussi les onctions avec la graisse ou l'onguent mercuriel ont été faites sur une joue, tandis que l'inflammation a été abandonnée à elle-même sur l'autre, le décroissement de la maladie n'a pas été plus rapide sur un côté que sur l'autre. Ces médications topiques ont moins de portée que les personnes qui les ont spécialement recommandées ne leur en attribuent, ceci est surtout très-évident pour les érysipèles précédés de fièvre pendant un ou deux jours et dont les périodes de développement, d'état et de décroissement, ne sont point étouffées par ces remèdes extérieurs qui diminuent seulement la chaleur, la sécheresse et la tension de la peau. » (Rayer, *loc. cit.*, p. 161.)

Sans nous occuper ici de la question de priorité relativement à cette méthode, nous la rapporterons surtout au médecin qui paraît en avoir le mieux compris les indications, les contr'indications, l'administration et les raisons d'insuccès. Nous laisserons dès lors à M. Ph. Ricord le soin d'exposer lui-même ses idées sur ces différents points dans les notes pleines d'intérêt qu'il a bien voulu nous confier :

« Quelles que soient les théories qu'on se fasse, les doctrines qu'on adopte, il doit rester évident pour tous, que dans le traitement des érysipèles, une foule d'indications se présentent, et doivent être remplies, d'où il résulte qu'une seule manière de faire ne saurait convenir, et surtout réussir dans tous les cas; mais n'est-il pas bien évident que, pour chaque indication en particulier, tel moyen peut convenir mieux que tel autre? Cela est incontestable.

Or, voici ce que l'expérience m'a appris dès 1828, époque à laquelle je fis mes premiers essais.

Dans l'érysipèle, envisagé comme affection locale, et quels qu'aient été les causes, le siége, le temps de durée et les complications, l'onguent mercuriel double est le topique qui m'a constamment donné des résultats heureux et prompts. Sur cent seize observations d'érysipèles, je n'ai perdu que deux malades : chez l'un, l'érysipèle était à la suite d'une carie des os du crâne pénétrant dans l'orbite; dans l'autre cas, il survint chez un malade auquel j'avais amputé les trois quarts du maxillaire inférieur, la moitié droite de la lèvre supérieure, la joue, la totalité de la lèvre inférieure, et chez lequel les parties molles avaient été séparées avec la peau du cou; mais l'érysipèle qui fit manquer les points de suture fut bientôt accompagné de glossite, d'inflammation des méninges et du cerveau.

A toutes mes observations, que j'ai recueillies en clinique, et qui ont été suivies par de nombreux élèves, je dois ajouter les succès obtenus par M. Casimir Broussais, quelques observations recueillies par mon ami le docteur Horteloup, médecin des hôpitaux de Paris; les observations remarquables publiées dans la *Lancette* par M. Marloy, chirurgien de la marine; les éloges donnés à ma méthode par M. le professeur Broussais, dans le compte rendu de clinique et à son cours à la Faculté; ainsi que les grands avantages et les heureux résultats qu'en a obtenus M. Lisfranc, et qu'il a récemment signalés dans ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié.

Mais, il faut le dire, tous ceux qui ont mis ma méthode en pratique n'ont pas été aussi heureux; souvent le médicament a paru sans action, d'autres fois il a nui! A quoi tiennent ces différences dans les résultats?

J'ai également réussi à la Pitié quand j'y ai fait le service pour M. Lisfranc; à l'hôpital des vénériens, dans des salles basses, humides, sombres, mal aérées;

Dans la pratique privée et dans toutes les conditions de fortune;

Dans les érysipèles de causes internes et dans ceux dits de causes externes et traumatiques;

Dans les érysipèles de la face, du cuir chevelu, du tronc, des mamelles, des membres, des organes génitaux.

Or, dans les nombreux cas observés par les élèves, et par beaucoup de médecins, à la Pitié, à l'hôpital des vénériens et en ville, il faudrait supposer que le hasard m'a constamment servi, ou que ceux qui ont échoué n'ont pas suivi mes préceptes; car la vérité des faits que j'avance ne saurait être révoquée en doute, ils sont publics.

Et cependant, je l'ai dit, tous les chirurgiens n'ont pas eu les mêmes résultats. Cette différence ne peut s'appliquer qu'en supposant :

1° Qu'on a fait quelquefois des frictions au lieu d'onctions;

2° Qu'on a employé de l'onguent rance, qui a pu réussir quelquefois, mais qui en général irrite la peau et produit lui-même un érysipèle eczémateux;

3° Qu'on a abandonné trop tôt le traitement;

4° Que, mal dirigé, il a déterminé la salivation avant d'avoir vaincu l'érysipèle;

5° Qu'on a pu regarder l'érysipèle ambulant, erratique, comme un cas d'insuccès, et qu'on n'a pas poursuivi la maladie sur les nouveaux points qu'elle pouvait affecter;

6° Que les complications n'ont pas été convenablement combattues, et que, dans quelques cas, constituant la maladie principale, et l'érysipèle l'ac-

cident, le traitement de celui-ci ne les a pas empêchées d'avoir une fâcheuse terminaison ;

7° Enfin, que toutes les indications tirées des causes, du siége, de la marche et des complications, n'ont pas été concurremment remplies.

Quoi qu'il en soit de ce qui précède, voici la conduite que je tiens dans le traitement des érysipèles ;

L'érysipèle est-il simple, sans complications, le malade est mis à la diète, aux boissons rafraîchissantes, il est placé dans une température peu élevée, et toute la surface malade est couverte d'une couche d'onguent mercuriel double, le plus récemment préparé possible. Cette couche d'onguent, appliquée à l'aide d'une douce onction, doit être suffisante pour recouvrir toute la surface malade, pour la déborder, et pour masquer sa couleur; d'après cela la dose est en raison de la surface à couvrir. Le sujet est-il tranquille, la région malade est-elle située de manière à ne pas être essuyée par les vêtements ou les linges de lit, il suffit d'une seule onction par vingt-quatre heures; le contraire a-t-il lieu, on répète l'onction aussi souvent que la partie cesse d'en être couverte.

Voici alors ce qui arrive : les malades éprouvent du soulagement; les douleurs sont promptement calmées, vingt-quatre ou quarante-huit heures après, l'épiderme de la partie affectée *se ride*, la tuméfaction cesse, la rougeur et la chaleur s'éteignent, et du troisième au quatrième jour tout a disparu. Dans les érysipèles naissants et de causes externes, souvent vingt-quatre heures suffisent pour la guérison.

Mais aussitôt que le gonflement tombe, et que l'épiderme *se ride*, bien que la rougeur et un peu de chaleur persistent il faut cesser sur cette partie l'usage des onctions, car dès ce moment les phénomènes d'exhalation cessent, l'équilibre tend à se rétablir entre elle et l'absorption, et si on insiste sur l'onguent mercuriel, cette dernière l'emporte bientôt, et alors la médication, dépassant le but qu'on s'était proposé, va déterminer des accidents plus ou moins graves, soit du côté du canal intestinal (diarrhée), soit du côté de la bouche (salivation). Les mêmes inconvénients du médicament ont lieu si on dépasse les surfaces érysipélateuses; mis sur la peau encore saine, il est absorbé sans prévenir dans ce point l'arrivée de la maladie, « se conduisant ici comme il le fait dans une foule de cas d'affections syphilitiques ; guérissant le symptôme une fois développé, mais n'en prévenant pas le développement. »

L'érysipèle s'étend-il? il faut le poursuivre, quelle que soit la région nouvelle qu'il envahit, et l'étendue de la surface. Dans ces cas d'érysipèles ambulants, erratiques, rayonnés, serpigineux, on observe constamment que la surface onctionnée est éteinte, lorsqu'une nouvelle se prend, de telle façon que, dans ma méthode, si on traite un érysipèle au début, on n'a presque jamais que de petites surfaces prises à la fois. Ainsi à la face, le nez commence-t-il? on éteint l'érysipèle en ce lieu, avant qu'il n'ait gagné la joue, et sur cette région avant que l'oreille du même côté, ou la partie du côté opposé ne soient affectées; par là on évite les réactions sympathiques, qui sont toujours en raison directe de l'étendue des surfaces malades.

Mais il est un fait qui ne doit point échapper à l'observation; c'est que souvent dans l'érysipèle ambulant, et qui semble partir d'un centre pour s'étendre en circonférence, les cercles excentriques sont nécessairement de plus en plus étendus, dans ces cas, si on s'arrête, si les onctions ne sont pas continuées la maladie fait *de graves progrès*.

Toutefois, bien qu'il faille poursuivre la maladie sur tous les points qu'elle affecte, on doit cesser les onctions dès que les nouvelles parties prises ne sont plus tuméfiées, qu'il n'y a plus que quelques traînées d'érythème, souvent par petites plaques isolées et fugaces, car si on les continuait, on s'exposerait à la salivation. Il est inutile d'appliquer de l'onguent sur les phlyctènes.

Quant aux érysipèles compliqués, il faut les traiter en remplissant toutes les indications, plus l'application de l'onguent mercuriel, comme dans les érysipèles simples.

Quant à la salivation, qui le plus souvent tient à ce que le médicament a été mal employé, elle arrive cependant quelquefois chez des individus très-susceptibles, ou chez lesquels la médication est promptement curative. Pour la prévenir, il faut tenir la bouche propre, faire employer pendant la médication des gargarismes astringents avec l'alun et l'opium, nettoyer les parties où l'érysipèle a cessé, afin de n'y pas laisser d'onguent qui pourrait être absorbé; et, enfin, si la salivation commence, la réprimer de suite par ma méthode d'application de l'acide hydrochlorique pur porté sur les gencives ou les différents points de la bouche qui pourraient être affectés.

Je n'ai jamais observé d'accidents de métastase, si ce n'est la salivation dont il vient d'être question, et la diarrhée qui, dans quelques cas, a été accompagnée de l'expulsion de vers intestinaux. Le phlegmon est rare dans l'emploi de l'onguent mercuriel; les phlyctènes un peu moins.

La durée moyenne de l'érysipèle a été de quatre à six jours. Il y a plus de malades qui ont guéri du second au quatrième jour, que de ceux qui ont dépassé le septième.

Les résultats définitifs sont tellement supérieurs à ceux que m'ont fourni les autres moyens opposés à l'érysipèle, que je trouve un acte de conscience dans la recommandation de cette méthode comme une des plus efficaces. »

Obs. XVII. — « Le nommé André, matelot,

26 ans, tempérament sanguin, forte constitution, se présente au poste le 15 juin 1831, pour un érysipèle occupant toute la face interne du bras et de l'avant-bras gauche; depuis trente-six heures, tuméfaction très-manifeste, rougeur très-prononcée, pression douloureuse; il ne peut rien dire sur la cause qui a produit cette inflammation. Le bras est mis en écharpe; onction avec un gros d'onguent mercuriel sur toute la surface de l'érysipèle. Le quart pour aliments. Le soir, nouvelle onction avec l'onguent mercuriel. Le lendemain, amendement de tous les symptômes; encore une onction d'un gros matin et soir. — 17. On ne voit plus que quelques traces légères d'inflammation érysipélateuse. Une onction seulement avec l'onguent mercuriel. Même régime. — 18. Disparition complète de l'érysipèle, pas de métastase. Le malade demande à reprendre son service, on le lui accorde. » Suivent deux autres observations analogues, égalemen tsans métastase. (Marloy. *Lancette franç.* 1833, t. VII, p. 27.)

Obs. XVIII. — « Madame Arnaud, 36 ans, tempérament sanguin, éprouvant tous les ans un érysipèle à la face, traité jusqu'ici par la méthode ordinaire (saignées, lotions de sureau, boissons délayantes, régime sévère). — 10 mai 1832, érysipèle occupant tout le côté droit de la face et une partie du côté gauche; depuis deux jours, gonflement énorme, rougeur des plus intenses, toucher peu douloureux, légère céphalalgie, pouls plein, 90 pulsations. Saignée du bras, 16 onces; onction d'un gros d'onguent mercuriel, que l'on renouvelle le soir; diète, limonade gommée. — 11. Mieux sensible. Deux nouvelles onctions mercurielles, soupe, limonade gommée. — 12. Plus de céphalalgie, pouls normal, diminution très-notable de tous les autres symptômes. Onction mercurielle, quart d'aliments. — 13. Le mieux continue, même prescription. — 14. Plus de tuméfaction ni de rougeur, desquammation commençante. — 15. Guérison complète; pas de métastase. — Étonnée d'être débarrassée aussi rapidement de son érysipèle, cette malade fit observer qu'elle en était redevable aux onctions mercurielles, puisque ses érysipèles des années précédentes, soumis au même traitement, à l'exception de ces onctions, au lieu de se terminer dans cinq jours comme celui-ci, en avaient duré quinze et dix-huit. » (Auriol. *Lancet. franç.* 1833, t. VIII, p. 28.)

Le même journal contient encore une série d'autres observations favorables à la méthode mercurielle, ainsi : M. Ph. Ricord (1831, t. V, p. 113) huit observations de succès sans accidents par les onctions mercurielles combinées aux moyens réclamés par les indications générales; (p. 123) quatre observations tirées de sa clinique de l'hôpital du midi, huit de sa pratique à Crouy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne); 1828, mêmes résultats. M. Blondin (1832, t. V, p. 434), blessure à la cuisse par un instrument piquant, érysipèle supprimé par un répercussif, accidents cérébraux fort graves, rappel de l'érysipèle. Frictions mercurielles. Guérison. — (1822, t. VI, p. 395.) Un fait d'érysipèle phlegmoneux à la jambe guéri par les onctions mercurielles; un autre érysipèle du pied, même traitement, même succès. Extrait de la *Lancette anglaise.* — M. Casimir Broussais (1833, t. VII, p. 81), deux observations avec guérison, mais salivation, aphthes, stomatite très-intense. — M. Vernois, hôpital du midi, service de M. Ph. Ricord (p. 193), trois observations de succès.

Les opinions et les faits que nous venons de rapporter démontrent assez que la méthode mercurielle ne doit pas être admise comme générale, unique, et susceptible de remplacer toutes les autres médications. Cette opinion est précisément celle du médecin qui l'a le plus heureusement expérimentée. Nous observerons même à cette occasion qu'il fallait tout le bon esprit de M. Ricord pour ne pas se laisser illusionner par des succès aussi nombreux, et chercher à faire prendre rang à ce genre de traitement au milieu de ceux que d'autres médecins, avec des titres moins puissants, ont voulu faire adopter comme des méthodes exclusives. Nous verrons au reste, dans les spécialités, à quelle modification d'érysipèle on peut, avec le plus de raison, appliquer les onctions mercurielles.

8° *Méthode tonique.* — Elle se compose plus particulièrement de l'emploi du quinquina, des autres amers, des alcooliques, etc. Plusieurs médecins du moyen âge ont adopté cette méthode plutôt en conséquence d'une théorie préconçue, que des résultats de l'observation. Ainsi, Selle regardant l'érysipèle comme une espèce de fièvre putride, associe aux évacuants le quinquina, le vin et les autres antiseptiques. Cullen penche quelquefois vers cette méthode. Stoll dit en avoir obtenu plusieurs succès : « J'ai guéri par cette médication une jeune fille qui, depuis 5 ans, était sujette à des érysipèles de la face; ayant par le moyen du quinquina fortifié le système gastrique et bilifère, elle fut, par la suite, exempte des retours de cette maladie. » (*Loc. cit.*, p. 418.) Fordice « dans les inflammations érysipélateuses qui ne s'étendent pas au-delà des membranes et qui sont ordinairement accompagnées de symptômes d'irritation, lesquels dégénèrent facilement en symptômes de malignité, recommande fortement le quinquina, réservant la saignée et le traitement antiphlogistique pour les inflammations phlegmoneuses. » (*Sydenham. OEuvres de médecine pratique.* Édition de Beaumes, t. II, p. 422.) « M. Travers déclare que sa méthode consiste à donner des doses répétées de tartre d'antimoine tous les deux ou trois jours, ensuite le quinquina. Dans un grand nombre de cas, il a vu plusieurs de ses confrères tirer un

avantage réel de l'emploi du quinquina et d'autres stimulants ou toniques au début de la maladie, même dans des cas où il aurait employé le traitement antiphlogistique si le malade avait été confié à ses soins.» (*La Cliniq. des hôp. et de la ville*, t. I, n° 80, p. 4. 1827.) «M. Lawrence blâme sévèrement tous autres moyens que les antiphlogistiques et ne peut concevoir qu'en aucun cas le quinquina, le vin ou tout autre stimulant puisse être mis en usage, si ce n'est dans quelques occasions fort rares, pour des sujets vieux, affaiblis, chez lesquels la saignée a déjà été employée, et dans le dernier degré de la maladie. » (*Loc. cit.*)

Nous ne pensons pas devoir entrer dans aucune discussion relative à cette médication comme méthode générale; il est trop évident qu'elle ne peut convenir qu'à certains cas particuliers, comme nous le verrons, surtout en parlant des érysipèles asthéniques, thyphodes, périodiques, etc.

9° *Méthode compressive.* — « La compression est un moyen de modérer l'afflux du sang vers une partie, et par conséquent de diminuer les accidents que l'on suppose causés par l'arrivée de ce liquide nourricier, parfois devenu morbifique par sa qualité ou par son abondance. » (*Dict. univ. de matière méd. et de thérap.*, t. II, p. 376.)

Cette vérité, reconnue depuis long-temps par les observateurs, devait naturellement conduire à l'emploi de la méthode compressive, dans le traitement des inflammations en général et de l'érysipèle en particulier. « Considérant les vaisseaux sanguins d'une partie, qui est le siége de l'inflammation, comme privés de leur contractilité ordinaire, le docteur Charles Meigs pense que le meilleur moyen de guérir les inflammations consisterait à exercer une compression plus ou moins forte sur les vaisseaux où on l'observe... A juger, du reste, des bons effets de ce procédé par les succès obtenus par M. Bretonneau de Tours et par d'autres praticiens distingués, il est de fait qu'on devrait l'employer très-souvent, et qu'on pourrait le considérer comme un véritable moyen antiphlogistique. » (*Annuaire médico-chirurg.*, 1828, p. 291.)

Il est certain que Théden, MM. Bretonneau, Velpeau, etc., ont obtenu des résultats très-favorables de la compression dans le traitement de l'érysipèle, mais de l'érysipèle phlegmoneux. Loin d'en vouloir faire une méthode générale, nous devons donc en renvoyer l'examen à l'histoire de cette particularité de l'inflammation érysipélateuse.

10° *Méthode divisante.* Nous comprenons sous ce titre l'emploi des incisions plus ou moins profondes appropriées au traitement de l'érysipèle.

« MM. Copland, Hutchison et Lawrence emploient les incisions d'une manière différente que les chirurgiens français. Ils les emploient dans tous les degrés de l'érysipèle et toutes les fois que le traitement général est insuffisant. Selon M. Lawrence, ces incisions diminuent puissamment la tension, toujours portée à un très-haut degré ; elles enlèvent en outre aux seuls vaisseaux enflammés une quantité de sang qui produirait une grande faiblesse, si elle était tirée du système général..... Il cite des exemples où elles ont été pratiquées sur toutes les parties du corps avec plus ou moins de largeur, suivant le plus ou le moins d'étendue de l'érysipèle. En général, il n'a été fait qu'une seule incision qui passait par le centre de la partie enflammée et occupait toute sa longueur ; deux fois on a divisé les téguments de la paupière inférieure pour des érysipèles de la tête. M. Lawrence a traité de cette manière et avec le plus heureux succès un érysipèle survenu pendant la grossesse. Dans un autre cas, une incision de quatorze pouces fut faite au membre inférieur avec un avantage bien évident..... M. S. Cooper prétend que cette méthode, à sa connaissance, a été plusieurs fois fatale; les érysipèles guérissent fort bien sans ce moyen ; il ne voit donc pas la nécessité de soumettre les malades à un traitement aussi douloureux..... M. Lawrence désire qu'il soit bien compris qu'il n'a jamais employé les incisions que dans le début de l'érysipèle et pour s'opposer à la suppuration et aux progrès trop étendus du mal..... Son expérience lui a appris qu'il épargne aux malades de grandes souffrances, etc., etc. (*La Clinique des hôpitaux et de la ville*, t. I, n° 80, p. 4. — n° 84, p. 2, 1827.)

« En scarifiant les parties fortement enflammées, on court risque de voir se développer autant de points gangréneux qu'on aura fait de mouchetures, sans que la déplétion qu'elles occasionent soit assez salutaire pour arrêter l'érysipèle ; et, de plus, en incisant profondément, n'est-il pas évident qu'après l'extinction de la maladie, il restera des plaies qui doivent nécessairement laisser des cicatrices plus ou moins apparentes. M. Velpeau n'a eu que deux fois recours à ce mode de traitement : la première, chez un malade couché au n° 14 de la salle Saint-Michel, année 1830, pour un érysipèle de la cuisse ; la seconde fois, dans la même année, chez un autre homme couché dans la même salle au n° 32, qui, après une parotide, fut pris d'un érysipèle de la face. Ces deux malades succombèrent : le premier, à l'envahissement général du corps par le maladie ; le second, à une métastase sur le cerveau, quoique dans ces deux cas il se fût écoulé une assez grande quantité de sang par des artérioles qui avaient été comprises dans les incisions. Depuis cette époque, M. Velpeau n'a jamais remis cette médication en usage, convaincu qu'il est de son inutilité. » (Bassereau, *Journ. hebd.*, 1834, t. III, p. 91.)

Comme méthode générale, les incisions ne compteront jamais un grand nombre de partisans ; il n'en sera pas de même dans les érysipèles abcédés pour favoriser promptement l'évacuation du pus, et plus spécialement encore dans l'érysipèle phleg-

moneux pour obtenir le double résultat de cette évacuation et d'un obstacle puissant opposé aux progrès destructeurs de cette funeste maladie, etc.; moyens que Dupuytren, Patissier, Rust, etc., ont surtout préconisés dans ces derniers temps, comme nous le verrons en traitant du phlegmon diffus.

Convalescence. — Dans aucune maladie, les précautions à prendre pendant la transition qui s'effectue de l'état morbide à l'état physiologique, ne méritent plus de soins et d'attentions que dans l'érysipèle, et l'expérience démontre qu'il est peu d'altérations dont les rechutes soient aussi faciles et surtout aussi fréquentes ; il est aisé d'en trouver la raison. Toutes les fois, en effet, que la prédisposition ou la cause intérieure a jeté des racines profondes au milieu de la constitution, il arrive presque toujours, dans cette circonstance, que la phlegmasie locale disparaît avant la destruction entière de son élément fondamental; et que, dès lors, à la plus légère occasion, elle se reproduit avec une force nouvelle, et souvent au milieu de conditions aggravées par les désordres même de la première invasion. Il ne faut donc jamais perdre de vue que chez tous les sujets promptement guéris des symptômes locaux de l'érysipèle, les soins de convalescence bien entendus et prolongés ont encore à faire disparaître la modification constitutionnelle en prévenant des recrudescences toujours à redouter. Un régime doux et surtout végétal chez les sujets qui ne sont pas affaiblis par l'âge ou les caractères asthéniques de la maladie, l'exercice régulier, les bains tièdes; la respiration d'un air pur, à la campagne surtout; l'entretien des évacuations alvines, urinaires ; une grande propreté dans les vêtements, des passions douces, l'éloignement des travaux de cabinet; chez certains sujets, les bains de mer, les eaux minérales de Seltz, de Sedlitz, de Vichy; enfin, chez les malades guéris d'érysipèle périodique et rebelle dans leurs récidives, surtout lorsqu'il existe un état de cacochymie constitutionnelle, un exutoire à demeure, soit vésicatoire, cautère, etc., formeront à peu près les moyens généraux de la convalescence.

Si nous résumons actuellement toutes les méthodes appliquées au traitement de l'érysipèle, deux conséquences fondamentales se présentent naturellement à notre esprit, comme résultat naturel de leur discussion et de leur rapprochement ; savoir : que ces méthodes ont ordinairement peu de prise sur la cause essentielle de l'érysipèle; qu'il est impossible, dans une pratique raisonnée, d'adopter aucune d'elles d'une manière absolue, sans acception des caractères particuliers de l'altération et des circonstances nombreuses qui peuvent la compliquer. Les deux citations suivantes prouveront la réalité de ces conclusions et la nécessité dans laquelle nous sommes d'aborder actuellement les particularités de l'inflammation érysipélateuse, pour en bien préciser le diagnostic et le traitement.

« Dans l'espace de trois ans, nous avons observé quatre-vingt-neuf cas d'érysipèle simple, la plupart suites de blessures. De ces quatre-vingt-neuf, M. Velpeau en a traité neuf par l'onguent mercuriel, cinq par la graisse pure, douze par les vomitifs et les purgatifs, dix-huit par les vésicatoires, quatorze par les émissions sanguines, sept par la cautérisation, deux par les incisions, vingt-deux par les émollients seuls, — total, quatre-vingt-neuf, — sans qu'aucune de ces médications réussît, je ne dirai pas à arrêter complètement la marche de cette maladie, mais même à l'entraver d'une manière appréciable. (Bassereau, *loc. cit.*, p. 92.)

« Jamais question ne fut plus controversée que celle relative à la nature et au traitement de l'érysipèle; toutes les feuilles médicales périodiques l'ont agitée tour-à-tour, et cependant les opinions sont encore bien divergentes sur ce point.... Si les différents faits rapportés par les auteurs constituent des vérités thérapeutiques, comment expliquer la différence des résultats. Évidemment plusieurs vérités appliquées au même objet ne pourront jamais devenir contradictoires. L'érysipèle n'est pas toujours composé des mêmes éléments morbides, il peut revêtir différents caractères, suivant la constitution médicale régnante, l'âge, l'idiosyncrasie du sujet, etc. Cette inflammation peut offrir des complications multiples qui toutes nécessitent un mode de traitement particulier. Cette différence dans la nature de la maladie explique d'elle-même les effets avantageux de divers traitements, même les plus contraires. Le difficile est de saisir les indications.... Tel érysipèle se présentera avec un élément bilieux et sera promptement guéri par les vomitifs, tandis que la même maladie semblable, quant au fond, mais développée sous l'influence d'autres conditions morbides, cédera avec rapidité à l'usage des émissions sanguines. Chez un troisième individu, une médication locale, énergique, enrayera tout-à-coup la marche de l'inflammation érysipélateuse..... Il est donc bien important de différencier les éléments des maladies qui, semblables en apparence, présentent néanmoins des indications curatives diverses. » (*Gaz. méd.*, 1834, t. II, p. 649.)

DEUXIÈME PARTIE.

DES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ÉRYSIPÈLES EN PARTICULIER.

Dans tous les temps les observateurs ont été frappés de la variété des caractères présentés par l'inflammation érysipélateuse; et suivant l'importance

qu'il attribuait à tels ou tels de ces caractères, chacun d'eux a multiplié plus ou moins les formes et les spécialités de cette altération.

Sauvages distingue des *érysipèles : commune, typhodes, à veneno, ambustio, pestilens symptomaticum, chineuse, zoster contagiosum, a vespis.*

Burserius : idiopathique ou primitif, symptomatique, accidentel, par cause externe.

Desault : simple, phlegmoneux, traumatique, bilieux, ambulant.

Lassus : simple, phlegmoneux, œdémateux, typhode, périodique.

Pinel : simple, vésiculeux, pustuleux ou zona, périodique, erratique, bilieux, phlegmoneux, adynamique ou gangréneux, ataxique ou malin.

Renauldin : idiopathique ou primitif, essentiel; symptomatique ou secondaire ; accidentel ou par cause externe.

Pearson : simple, phlegmoneux, œdémateux, gangréneux.

Boyer : simple, compliqué, phlegmoneux, œdémateux, miliaire, pustuleux, périodique, fixe, ambulant.

Batteman : *simplex, phlegmonodes, œdematodes, gangrenosum, erraticum.*

Marjolin : simple, plegmoneux, œdémateux, pustuleux ou zona.

Biett : vrai, plegmoneux.

Alibert : simple, phlegmoneux, œdémateux.

Chomel et Blache : apyrétique, bilieux, inflammatoire, adynamique, ataxique ou malin, phlycténoïde, miliaire, œdémateux, gangréneux, ulcéreux, des enfants nouveau-nés, fixe, vague, ambulant, externe, interne (J. P. Frank a suivi ce dernier jusque dans le vagin, l'utérus, la vessie, le pharynx, les poumons), périodique.

Roche et Sanson : Érythème, érysipèle, érysipèle phlegmoneux.

Rayer : Érysipèle, érysipèle phlegmoneux, œdémateux.

Rostan : Érysipèle, érysipèle phlegmoneux.

Chelius : Érysipèle vrai, érysipèle faux, qui peut être idiopathique, symptomatique. Division tirée de Rust qui distingue l'*érysipelas verum* ou *exanthematicum*, et l'*erysipelas spurium* ou *speudo-erysipelas*. — M. Bonorden distingue le faux érysipèle de Rust, des érysipèles exanthématique et traumatique, il en place le siége dans les *fascia*, et propose de le nommer *syndesmitis de Rust.*

Si nous envisageons l'érysipèle sous le rapport de ses principales conditions d'existence, nous trouvons qu'on pourrait le distinguer de la manière suivante, relativement 1° *au siége* : Érysipèle, érysipèle phlegmoneux ; 2° *aux caractères, au génie inflammatoire* : Sthénique, asthénique, gangréneux; 3° *aux causes visibles ou supposées* : Par simple excitation superficielle, traumatique, bilieux et saburral, typhode ou miasmatique, et d'après plusieurs auteurs, rhumatismal, goutteux, scrophuleux, dartreux, scorbutique, vénérien, etc., etc.; 4° *à la marche, aux retours* : Fixe, progressif, erratique ou ambulant, périodique ; 5° *aux âges* : Des enfants nouveau-nés, des adultes, des vieillards; 6° *à l'aspect* : Érythémateux, miliaire, phlycténoïde ou vésiculeux, bulleux, œdémateux, ulcéreux ; 7° *au lieu qu'il affecte :* De la tête, du tronc, des membres.

Si nous considérons actuellement l'érysipèle sous le rapport clinique, nous devons établir des divisions légitimées par la précision indispensable surtout dans le diagnostic et le traitement; les suivantes nous ont paru le mieux répondre à cette intention, et c'est d'après elles que nous tracerons les histoires particulières de cette maladie. Ainsi : *Érysipèles* 1° *simple*, 2° *phlegmoneux*, 3° *œdémateux*, 4° *traumatique*, 5° *bilieux*, 6° *typhode*, 7° *asthénique* ou *gangréneux*, 8° *erratique*, 9° *périodique*, 10° *des enfants nouveau-nés*, 11° *des vieillards*, 12° *de la tête*, 13° *du tronc*, 14° *des membres.*

1° DE L'ÉRISIPÈLE SIMPLE.

L'érysipèle simple (érythème de MM. Rostan, Roche et Sanson, etc.; érysipèle apyrétique de MM. Chomel et Blache, *éryripelas spirium* de Rust; faux érysipèle de Chelius, etc.) est selon nous l'inflammation plus ou moins superficielle de la peau, déterminée par cause locale, et caractérisée par la rougeur uniforme, la chaleur, la sensibilité, la tuméfaction légère et vaguement circonscrite. Cette maladie n'a de commun avec les autres espèces d'érysipèle proprement dit, que les caractères de l'inflammation dermoïde, que nous venons d'énumérer, et si nous en traitons sous le nom d'érysipèle, c'est pour nous conformer aux idées les plus généralement reçues, et pour avoir en quelque sorte un point de départ susceptible de nous conduire de l'inflammation cutanée purement locale, aux modifications de cette phlegmasie liée d'une manière plus ou moins intime à des altérations constitutionnelles qui lui donnent un génie particulier, des caractères d'une importance majeure, et réclamant des médications souvent opposées.

Prédispositions. — Tempérament sanguin, peau fine, irritable, jeunesse, printemps, pays chaud, professions de forgeron, fondeur, verrier, etc., etc.

Causes. — Toutes les irritations plus ou moins superficielles de la peau, frottements, calorique, froid, corps chimiquement irritants, malpropreté, contusions légères, froissements, excoriations, etc. Nous ne parlons pas ici des fractures, des contusions, des plaies plus ou moins profondes, ayant à considérer ailleurs l'érysipèle traumatique, l'un des plus importants en chirurgie.

Symptômes. — *Rougeur* uniforme de la peau, variant du rose au violet foncé, disparaissant ordi-

nairement sous le doigt, reparaissant quand on cesse de presser, se fondant insensiblement dans la couleur de la peau saine; pouvant, suivant le degré de l'inflammation ou la nature de la cause locale, être mêlée de phlyctènes plus ou moins étendues, remplies d'une sérosité blanche, roussâtre, brune, quelquefois même sanguinolente, parfois d'escharrifications plus ou moins superficielles, etc., *tumeur* peu considérable, sans relief apparent et bie n déterminé, tant que la peau seule est bien enflammée. *Chaleur* vive, brûlante. *Sensibilité* très-développée tant qu'il n'existe ni stupeur, ni gangrène. Dans cette première espèce nous n'avons point rencontré de prodrômes, la fièvre ne vient s'associer aux symptômes qu'autant que l'irritation locale est assez développée pour entraîner une réaction du centre circulatoire: toujours alors cette fièvre est consécutive, jamais primitive, essentielle. Dans les circonstances normales cette inflammation est fixe et n'a point, comme dans l'érysipèle proprement dit, la tendance progressive et surtout erratique, elle se juge dans le premier siége de son invasion, et, l'effet de la cause locale produit, ne tend à se propager que sous des influences étrangères à son caractère essentiel; toutefois, comme les inflammations idiopathiques, elle peut offrir tous les degrés intermédiaires depuis l'hypersthénie la plus développée jusqu'à l'asthénie la plus complète.

Sa durée la plus commune est de deux à six ou huit jours. Lorsqu'elle se prolonge davantage c'est ordinairement par la persistance des causes, par un traitement intempestif, par le passage de l'inflammation à l'état chronique, ou bien enfin par l'envahissement du derme dans toute son épaisseur.

Ses terminaisons ordinaires sont la résolution avec desquammation plus ou moins marquée; la suppuration superficielle avec ou sans escharrification, quelquefois il se forme des foyers purulents, lors surtout que la couche dermoïde profonde s'est trouvée compromise dans l'inflammation. La suppuration n'est point alors diffuse, mais renfermée dans des abcès communément peu spacieux qui tendent à gagner la superficie lorsqu'il siége dans le tiers externe du derme, et la profondeur lorsqu'ils affectent le tiers interne; le tiers moyen offrant, comme nous l'avons fait observer ailleurs, plus de densité, de résistance que les deux autres et surtout que le tissu cellulaire sous cutané.

L'érysipèle même simple peut, sous l'influence des causes locales, envahir le tissu sous dermoïde et prendre les caractères locaux de l'érysipèle phlegmoneux; mais alors il n'a jamais la gravité de cette maladie rattachée aux circonstances générales et communes de son développement; aussi ne feronsnous que l'indiquer ici.

La terminaison par gangrène est rare dans l'érysipèle simple, à moins qu'elle ne se rattache à l'influence même de sa cause, de son traitement, ou de l'état du sujet. L'induration est également peu fréquente, si des médications intempestives n'en ont pas favorisé le développement lent et gradué.

Traitement. — Dans les cas ordinaires sans modification grave, sans complication étrangère, ce traitement est purement local, et les topiques, à peu près inutiles, quelquefois même nuisibles dans plusieurs autres variétés, sont ici du plus grand intérêt, et doivent être modifiés avec intelligence, en ne perdant pas de vue que l'indication fondamentale consiste à favoriser la résolution, prévenir la suppuration et l'envahissement en profondeur. Si l'inflammation est superficielle, assez limitée dans son début, sans asthénie qui puisse faire craindre l'asphyxie locale et la gangrène: répercussifs réfrigérents, eau froide, eau végéto-minérale de Goulard, eau faiblement acidulée, affusions continues. C'est ici que l'on pourrait utiliser le camphre mouillé proposé dans ce but par MM. Gama et Malgaigne. Nous aurions moins de confiance dans les fomentations alcooliques réfrigérentes, conseillées par M. Gouzée, en raison de l'excitation que pourrait occasioner le spiritueux; elles trouveraient cependant une application très-utile dans les cas où la réfrigération laisserait quelques inquiétudes d'asphyxie ou de mortification locale. Ce moyen mixte conviendrait alors mieux que les autres.

Si l'inflammation est déjà développée, surtout avec une certaine intensité: fomentation, cataplasmes émollients.

Si l'on craint la propagation de la phlegmasie surtout en profondeur, saignée du bras pour les sujets jeunes hypérémiés; dans l'hypothèse contraire application de sangsues à distance des points enflammés. La situation, le repos des parties affectées, une diète relative à l'importance de l'inflammation, aux dispositions du sujet, quelques boissons tempérantes, complétent le traitement de cette période.

S'il se forme des phlyctènes, les ouvrir avec précaution, sans enlever l'épiderme, pour ne pas augmenter les causes de l'irritation.

S'il se développe des abcès, les ouvrir de très-bonne heure par de petites incisions, afin d'éviter les difformités qui résulteraient des cicatrices et de prévenir en même temps les fusées purulentes et l'extension au tissu cellulaire.

Si des escarres se sont manifestées, en favoriser le détachement éliminatoire, veiller à la marche régulière de la cicatrisation, prévenir surtout les adhérences dans le sens de la flexion. Du reste s'opposer par des moyens opportuns aux complications et combattre celles qui seraient survenues.

Obs. XIX. — Julien, potier, garçon, domestique, âgé de 27 ans, tempérament lymphatico-sanguin, portait depuis quelques jours un pantalon en toile neuve et très-dure: après une marche prolongée, il s'aperçoit de rougeur, chaleur, douleur à la partie interne des cuisses, augmentation des symp-

tômes, le malade ne peut plus se livrer à ses travaux et se fait recevoir à l'hôpital, le 2 mai 1823. Double érysipèle, s'étendant à peu près également de chaque côté, depuis le pli de la cuisse jusqu'à trois à quatre pouces du genou, envahissant à peu près la moitié de la circonférence du membre avec rougeur vive à la partie interne, s'affaiblissant en arrière et en devant, et n'offrant aucune circonscription facile à préciser ; tension, gonflement, douleur au toucher, léger mouvement fébrile, sans aucun autre symptôme général, un peu de gonflement dans les ganglions inguinaux du côté gauche particulièrement, repos au lit, soupe, limonade gommeuse nitrée, application sur toutes les parties affectées de larges compresses trempées dans l'eau végéto-minérale de Goulard et fréquemment humectées.

3. Diminution de la rougeur et surtout du gonflement et de la douleur, encore un peu de fièvre, urines rouges et rares, même prescription.

4. Disparition totale de l'érysipèle, excepté sur les points les plus saillants de la partie interne des cuisses où les traces du frottement sont appréciables par la rougeur de la peau qui conserve une apparence de froissement dans l'étendue de plusieurs pouces, apyrexie complète, même traitement, la demie.

5. La desquammation est à peine appréciable excepté dans les points indiqués où de petites croûtes noirâtres s'enlèvent progressivement.

7. Le malade sort de l'hôpital.

Nous ferons observer à cette occasion que ce genre d'érysipèle des cuisses par le frottement des pantalons est très-commun dans les régiments de cavalerie, surtout chez les recrues que l'on exerce aux manœuvres. Nous en avons recueilli plusieurs observations dans la division militaire de l'hôpital du Mans dont nous étions chargé; dans tous ces cas, à peu près comme dans le précédent, ces érysipèles purement locaux, tantôt ont été prévenus dans leur entier développement par la méthode réfrigérante, ou combattus par des médications topiques fort simples.

Obs. XX. — « Guillottin, Auguste, âgé de 49 ans, tempérament lymphatique, petite stature, formes musculaires assez développées, mégissier de profession, reçoit le 27 décembre 1827, un assez grand nombre de contusions en se battant avec plusieurs autres individus. Le lendemain, rougeur, gonflement, douleur au bras gauche, sur lequel avaient spécialement porté ces contusions du reste assez légères. Le malade voulant cacher sa position, ne consulte aucun médecin; mais, vaincu par la douleur, il se fait recevoir à l'hôpital le 1er janvier 1828 dans l'état suivant: gonflement assez considérable du bras gauche, avec rougeur très-vive qui disparaît sous la pression du doigt et revient immédiatement, chaleur cuisante, prurigineuse, tension, douleur au toucher, fièvre depuis deux jours seulement, soif assez vive, agitation la nuit sans aucun délire. Saignée du bras droit, deux palettes; large cataplasme émollient sur tout le bras, tisane gommeuse, potion gommeuse avec une demi-once de sirop diacode.

2. Peu d'amélioration dans les symptômes locaux, caractères légers d'une irritation sympathique vers l'estomac. Nouvelle saignée du bras. Le poids des cataplasmes étant incommode, nous les remplaçons par des fomentations avec l'infusion de mélilot.

3. Disparition des symptômes gastriques, sommeil pendant la nuit, peu de fièvre, rougeur, tension, douleur locale moindre. Nous accordons deux soupes.

4. Résolution manifeste.

5. Desquammation progressive.

6. Le malade est complètement guéri de cet érysipèle simple, mais qui, négligé pendant les premiers jours, nous avait fait redouter la suppuration et même l'extension au tissu cellulaire sous-cutané.

2° DE L'ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX.

Erysipelas phlegmonodes, Bateman ; phlegmon érysipélateux, Desault ; phlegmon diffus, Dupuytren, etc.

Nous entendons par phlegmon érysipélateux l'inflammation de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané lamelleux, avec suppuration diffuse et communément état morbifique général de la constitution. Aussi, comme le fait très-bien observer Boyer, « la tumeur n'est-elle plus bornée, circonscrite comme dans le phlegmon proprement dit. « (*Loc. cit.*, p. 7.) Cette phlegmasie paraît avoir été déjà connue par Galien, Forestus, Plater, Franck, Cullen, etc., mais nous devons surtout aux chirurgiens de notre époque, et notamment à Dupuytren et à M. Patissier, d'en avoir bien fait apprécier les véritables caractères, la marche, les dangers et les indications thérapeutiques.

«Si l'on parcourt les écrits d'ailleurs très-recommandables de Boerrhaave, de Sauvages, de Cullen, de Callissen, de Lassus, de Desault, on est surpris de n'y trouver que quelques mots touchant l'érysipèle phlegmoneux, inflammation très-commune, qu'ils se bornent à considérer comme *mixte*, et qui, selon eux, réclame à la fois le traitement de l'érysipèle et du phlegmon. Des faits nombreux m'ayant prouvé que les médecins étaient loin d'avoir fait connaître toutes les observations que leur pratique doit leur avoir fournie sur ce point de pathologie, j'ai cru devoir en faire le sujet de ma thèse inaugurale. » (Patissier, *Essai sur l'érysipèle phlegmoneux*, p. 5.)

« Nous vous avons souvent entretenus dans nos leçons cliniques d'une espèce de phlegmon auquel, il

y a près de vingt ans, nous avons donné le nom de *phlegmon diffus*, désignation qui, depuis, a été généralement adoptée parmi nous. Cette maladie, quoique très-fréquente et fort grave, a été complètement passée sous silence par la plupart des auteurs, confondue par d'autres avec des complications, et décrite par les écrivains modernes sous les noms de phlegmon érysipélateux, d'érysipèle phlegmoneux, d'érysipèle traumatique. Plusieurs auteurs l'ont confondu avec la phlébite, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et quelques autres affections, l'expression de phlegmon diffus a été admise pour distinguer cette maladie de celle que nous appelons phlegmon circonscrit. » (Dupuytren. *Leç. oral.*, t. II, p. 287.)

Caractères anatomiques.—Si nous consultons les nécropsies relatives à l'érysipèle phlegmoneux, elles nous donnent les véritables caractères de cette altération, et sert à poser clairement des indications thérapeutiques promptement réclamées. « Une incision profonde faite aux téguments du membre affecté montra le tissu cellulaire sous-cutané gorgé d'un liquide séro-sanguinolent, et infiltré de pus. Le tissu cellulaire intermusculaire présentait des traînées de pus blanchâtre. » (Andral. *Clin. méd.*, t. III, p. 255.) « Dans l'érysipèle phlegmoneux et gangreneux, les dispositions morbides de la peau et du tissu cellul aire sont portées à un plus haut degré, le pus est rassemblé en un ou plusieurs foyers ou infiltré dans le tissu cellulaire, qui, dans d'autres points, est baigné par une sérosité sanguinolente. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, le périoste et les os superficiels peuvent être frappés de mort, et les cadavres offrir plusieurs altérations propres aux inflammations pulmonaires, cérébrales et gastro-intestinales, ou de petits dépôts de pus dans le foie ou les poumons. J. Davy a observé que le sang dans l'érysipèle se coagulait aussi rapidement que dans l'état sain, et que cependant il présentait le plus souvent une couche couenneuse. » (Rayer. *Loc. cit.*, p. 157.) « Que l'on incise la plaie et le tissu cellulaire, une sérosité lactescente s'en échappe, elle est abondante, le pus rare ; quelques jours plus tard, l'incision amène peu de sérosité, beaucoup de pus; encore quelques jours et il sort une matière blanche comme du lait, consistante presque comme du lard ; la pression fait suinter à peine un peu de pus, le tissu cellulaire est alors frappé de suppuration, et ces mots équivalent à ceux-ci: frappé de mort..... Des fragments de tissu cellulaire se détachent, saisis avec des pinces, ils résistent d'abord, et quand on est parvenu à les extraire, si on les plonge dans l'eau, le pus s'en sépare. Après cette séparation, si on les retient dans l'eau, on les voit recouverts d'une matière tomenteuse, semblable à celle qui revêt les enveloppes d'un fœtus d'un à trois mois. Plus long-temps macéré, il n'offre plus qu'une trame cellulaire couverte de fausses membranes, et enfin la trame cellulaire seule reste. La peau est décollée, ses adhérences détruites, on la soulève sans effort avec un souffle ; au-dessous çà et là s'aperçoivent de petites languettes, seuls moyens d'union qui existent encore entre le derme et les parties sous-jacentes, ces languettes sont formées par quelques vaisseaux, par quelques nerfs que la destruction a épargnés, on doit bien se garder de détacher ces dernières adhérences comme on le faisait autrefois. » (Dupuytren. *Loc. cit.*, p. 312.)

Si nous étudions les caractères anatomiques de la superficie à la profondeur des tissus en passant par tous les degrés de l'altération et des désordres qu'elle peut entraîner, voici ces altérations : peau flétrie, gangrenée dans plusieurs points, à diverses profondeurs, plus ou moins complètement décollée, amincie, roulée sur elle-même en dedans aux bords des ouvertures effectuées par la maladie ou par l'art. Ces décollements peuvent quelquefois s'étendre à tout un membre, nous les avons vus plusieurs fois embrassant le bassin, la cuisse, la jambe et le pied, seulement avec des points d'adhérence vers les articulations, points entre lesquels avait passé la suppuration dans ses diffusions. Tissu cellulaire sous-cutané de couleur grisâtre ou noirâtre, s'enlevant par vastes lambeaux isolés ou presque sans adhérence, nageant au milieu d'un pus toujours liquide et mal élaboré, ses fusées parcourent souvent les interstices musculaires, et sur plusieurs sujets nous avons vu les muscles de la jambe et de la cuisse disséqués comme l'aurait pu faire un anatomiste habile. Cette suppuration et ces lambeaux celluleux s'observent même quelquefois sous les aponévroses, sous le périoste avec dénudation et mortification des os; ces cas sont exceptionnels. La suppuration trouvant une issue beaucoup plus facile entre les aponévroses et la peau, tendant par conséquent à se propager bien plutôt en superficie qu'en profondeur.

Prédispositions. Causes. — A toutes celles que nous avons énumérées dans l'histoire de l'érysipèle en général, nous devons particulièrement ajouter le tempérament bilieux sanguin, les saisons froides, humides, l'insolation long-temps continuée, les applications irritantes sur des plaies contuses, les piqûres et autres plaies faites avec des instruments imprégnés de sucs putrides et même quelquefois sans cette condition. « Il est la suite fréquente de la saignée, lors même que cette opération a été bien faite, et avec un instrument très-propre. » (Dupuytren. *Loc. cit.*, p. 297.) Nous l'avons encore assez fréquemment observé chez des sujets épuisés par des fatigues physiques, la misère, les maladies antérieures ou les passions profondément concentrées. Quelquefois il apparaît sans aucune cause appréciable et dans la majorité des cas il est le résultat soit de la constitution atmosphérique, soit de l'une

des prédispositions érysipélateuses que nous avons signalées, avec influence traumatique locale ou simple propagation d'un érysipèle ordinaire.

« Cette phlegmasie peut tenir à une cause interne ou externe, le plus souvent à une cause externe, mais compliquée ou précédée de symptômes intérieurs. Qu'une plaie contuse ou déchirée survienne chez un individu sain d'ailleurs, qui n'est affecté d'aucune lésion des premières voies, rarement on verra succéder un phlegmon diffus, ou du moins on pourra facilement le prévenir ou le combattre. Que des symptômes gastriques, au contraire, aient précédé ou suivi l'accident, aussitôt les phénomènes du phlegmon se manifestent sans qu'on puisse bien souvent les réprimer. Pour qu'une plaie, sans complication interne, alors qu'elle est contuse ou déchirée, lui donne naissance, il faut qu'elle ait été irritée par l'exposition au soleil, par des violences extérieures, par le frottement des habits, etc.; il faut, en un mot, qu'elle ait été envenimée de quelque manière que ce soit. » (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 318.)

Symptômes. — Dans le développement complet de l'érysipèle phlegmoneux, la peau, le tissu cellulaire lamelleux sous-cutané, se trouvent alors envahis, mais la marche progressive de l'inflammation n'est pas toujours exactement la même; elle peut s'effectuer de la peau vers le tissu cellulaire lamelleux, ou du tissu lamelleux vers la peau. Dans le premier cas, sous le rapport des phénomènes locaux, les caractères de l'érysipèle simple précèdent ceux du phlegmon sous-cutané; dans le second, ceux du phlegmon diffus marchent avant ceux de l'érysipèle proprement dit. C'est une considération théorique sans doute, mais qui n'est pas sans importance lorsqu'il s'agit de ne pas confondre, d'une part, l'érysipèle simple, de l'autre, le phlegmon circonscrit avec l'érysipèle phlegmoneux ou phlegmon diffus.

M. Patissier, dans sa dissertation pleine d'intérêt, précise trois degrés principaux, relativement à la gravité des symptômes. Cette manière de les envisager nous paraît devoir être conservée, parce qu'elle facilite le diagnostic, le pronostic et surtout les applications thérapeutiques relatives à chacun de ces degrés. Seulement nous ne partageons pas ses idées sur la nature du premier degré, parce qu'il identifie, comme les praticiens le faisaient à cette époque (1815), l'érysipèle terminé par des abcès circonscrits dans les aréoles du derme avec le phlegmon diffus dont le siége est toujours dans le tissu lamelleux sus-aponévrotique, et la suppuration non limitée dans un ou plusieurs foyers distincts.

Premier degré. Tristesse, abattement, anxiété, lassitude, pesanteur de tête, anorexie, défaut de sommeil. Ces prodrômes peuvent durer pendant 12, 24 ou 36 heures. Frissons irréguliers, fièvre, sécheresse à la peau, quelquefois sueurs locales et visqueuses. Dans le point où doit se manifester l'inflammation, sentiment de pesanteur, de confusion profonde, prurit, rougeur plutôt serpentante qu'uniforme, un peu d'œdème conservant légèrement l'impression du doigt, en perdant sa coloration qui ne revient qu'avec lenteur. La rougeur se fonce davantage vers le centre alors même qu'elle est quelquefois pâle et rosée vers la circonférence. L'état pâteux de la peau se convertit insensiblement en une rénitence marquée sans œdème appréciable; des phlyctènes s'élèvent par intervalles; chaleur brûlante, douleur pongitive; réaction fébrile plus forte, pouls fréquent, dur ou bien irrégulier, déprimé; insomnie, rêvasseries, délire fugace; langue sèche, rouge ou noirâtre, gercée; quelquefois cordons rougeâtres tendus, s'avançant jusqu'aux ganglions voisins qui sont engorgés, durs, douloureux à la pression. Ces phénomènes inflammatoires sont encore bornés à quelque partie de la face ou des membres, etc. Urines rouges, briquetées et rares, constipation. Dans ce premier degré, la résolution est encore possible, elle s'annonce après deux, trois, quatre ou cinq jours, par la diminution des symptômes généraux et locaux, par la desquammation lente et graduée. Mais la convalescence est toujours plus longue, plus difficile, toutes choses égales, que dans l'érysipèle.

Deuxième degré. Aux symptômes de progression dont nous venons de parler s'ajoutent les suivants: extension de l'inflammation à des surfaces progressivement plus étendues, gonflement plus considérable des parties, douleurs plus vives, sentiment profond de tension et d'étranglement, frissons plus incommodes, réaction fébrile plus vive, agitation, plaintes continuelles, découragement, délire plus fixe, phénomènes d'irritation sympathique vers les appareils centraux et notamment le système digestif, nausées, quelquefois même vomissements glaireux ou bilieux, empâtement nouveau des parties de la peau qui avaient repris de la consistance. Après trois, quatre à cinq jours, les accidents semblent s'arrêter, la maladie devenir stationnaire à tel point que cette amélioration fictive pourrait en imposer en faisant croire au commencement de la résolution, mais toutes les fois que ces alternatives d'empâtement œdémateux, d'endurcissement consécutif et d'empâtement nouveau se sont manifestées avec les symptômes indiqués, plus d'espoir de résolution, la suppuration est déclarée. Il est important pour le praticien de bien apprécier ces caractères, afin d'éviter une sécurité funeste lorsque le malade est dans le plus grand danger s'il n'est promptement secouru. On peut encore à cette époque borner les progrès de la suppuration et des accidents consécutifs qui naturellement viendront s'y rattacher.

Troisième degré. Des fusées purulentes s'étendent

dans tous les sens où le tissu lamelleux offre peu de résistance, guidées en quelque sorte par la résistance d'un côté, du derme, de l'autre, des larges feuillets aponévrotiques dénudés, elles s'insinuent entre leurs feuillets, dans les interstices musculaires qu'elles dissèquent. Les parties prennent alors beaucoup de volume, la fluctuation est évidente, la peau s'amincit, se décolle par de larges surfaces, surtout aux membres pelviens, où la suppuration arrive le plus souvent, toujours même d'après Dupuytren. Les portions de cette peau décollée qui conservent encore un peu de rougeur, de chaleur et de vie, sont bientôt mortifiées sans douleur vive, non par le fait même de l'inflammation, mais par la destruction progressive des vaisseaux indispensables à l'alimentation. On sent alors sous la peau des flots de matière liquide au milieu desquels on distingue des espèces de nodosités résistantes qui ne sont autre chose que des flocons de tissu cellulaire, déjà frappé de mortification. Si des ouvertures sont pratiquées soit par la nature, soit par l'art, on voit s'écouler immédiatement d'énormes quantités d'un pus liquide, grisâtre, sanieux, fétide, sortant par jets interrompus d'intervalle en intervalle par des lambeaux de tissu cellulaire, dont l'expulsion permet un nouvel écoulement; on rencontre de ces lambeaux de 6 à 8 pouces de longueur, et des abcès de cette nature ont rendu jusqu'à trois et quatre livres de pus dans la première évacuation. La partie perd alors beaucoup de son volume; nous avons vu des membres se réduire au tiers de celui qu'ils offraient avant l'écoulement du pus. La peau trop large pour couvrir ces parties ainsi réduites paraît alors affaissée, ridée, et ne tarde pas à se mortifier dans une étendue plus considérable; des clapiers et des fistules s'établissent de tous côtés, la suppuration est intarissable; on a vu des malades en fournir jusqu'à deux livres chaque jour. La mortification peut même envahir profondément les tissus. Les symptômes généraux améliorés en apparence, lors de la cessation du grand travail pyogénique, reparaissent avec d'autres caractères, sueurs surtout pendant la nuit, fièvre hectique, dévoiement colliquatif, décomposition des traits, épuisement du sujet, mort dans le dernier degré d'étisie.

Chez quelques malades, il survient des accidents de résorption purulente, quelquefois des dépôts métastatiques dans la rate, le foie, les poumons ou des phlegmasies symptomatiques vers les plèvres, le péritoine, etc. Il est aisé de comprendre que les succès de la méthode même la plus rationnelle doivent être peu nombreux lorsque le phlegmon diffus est arrivé au troisième degré sans avoir été convenablement traité. Il est bien rare, en effet, de voir la maladie tendre alors vers une issue favorable. Dans ce dernier cas les eschares se détachent, la suppuration diminue graduellement, la peau reprend ses adhérences et ses moyens de nutrition dans les points où les unes et les autres n'ont pas été complètement détruits; mais ce n'est qu'après un temps très-long, après avoir traversé toute espèce de dangers, en conservant des mutilations et des traces plus ou moins fâcheuses de cette grave altération, que les malades peuvent revenir à la santé.

Analogies. — Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'érysipèle phlegmoneux, sont particulièrement *l'angio-leucite*, *la phlébite*, *l'érythéma nodosum*, *le phlegmon circonscrit*, etc. Toutefois, les caractères bien appréciés de ces diverses altérations ne permettent pas une confusion semblable. « Dans l'érysipèle phlegmoneux, l'inflammation ne laisse point, comme dans *l'angio-leucite*, des régions saines entre son point de départ et celui qu'elle envahit, elle ne se montre non plus ni sous forme de plaques disséminées, ni sous l'aspect de noyaux indurés, ni avec les apparences de rubans rosés ou livides. Les ganglions ne sont point engorgés, et ce n'est pas plus sur le trajet des principaux troncs lymphatiques, qu'ailleurs, qu'elle se développe, quoiqu'à l'instar de l'angio-leucite, elle s'étende plutôt des tissus profonds vers l'extérieur, que de l'extérieur vers les aponévroses. La suppuration est prompte, fluide, grise, large, accompagnée de mortification du tissu cellulaire, d'une sorte de dissection des lames ou des faisceaux voisins, et souvent suivie d'un amincissement rapide, d'une véritable destruction des téguments. La réaction fébrile est généralement faible avant la formation du pus, à moins que l'inflammation ne soit étalée dès le principe sur de larges surfaces; les accidents généraux ne peuvent inquiéter sérieusement qu'après la seconde période; ce sont des symptômes d'infection, mais qui portent plutôt à l'adynamie qu'à l'ataxie. » (A. Velpeau, *Mémoire sur les maladies du système lymphatique*, p. 28.)

Quant à la phlébite, le défaut de rapport qui existe toujours entre le peu d'importance des accidents locaux d'inflammation et la gravité des accidents généraux d'infection purulente, rapprochés des symptômes inflammatoires locaux et constitutionnels du phlegmon diffus, préviendront toute confusion entre ces deux maladies. D'un autre côté « l'apparition rapide d'un nombre variable, mais quelquefois considérable, de plaques rouges ou livides sur différents points d'un membre.....; la position superficielle de ces plaques, les apparences de fluctuation qu'elle présente, leur disparition brusque après quelques jours sans laisser de traces, joints à l'absence d'accidents généraux, une fois qu'elles sont développées, caractères de l'*erithema nodosum* » (Velpeau. *Loc. cit.*, p. 29) établiront suffisamment le diagnostic différentiel de cette altération et de l'érysipèle phlegmoneux. Il

en sera de même entre celui-ci et le phlegmon circonscrit, dès l'instant où l'on reconnaîtra le relief arrondi, la dureté primitive, les douleurs pulsatives, lancinantes, la chaleur halitueuse, la marche facile, régulière vers la peau, la rougeur limitée, l'absence des stries serpentines, des plaques disséminées, de la douleur, des engorgements ganglionaires, symptômes qui font aisément reconnaître ce dernier.

Traitement. — Chacun de ces degrés nous offre son indication fondamentale, et ces trois grandes indications renferment la thérapeutique entière de l'érysipèle phlegmoneux. C'est au praticien à bien apprécier ces trois degrés, s'il veut marcher avec assurance dans la voie des médications puissantes que l'art peut opposer à cette maladie.

Premier degré : *effectuer la résolution et prévenir la suppuration.* — Sans parler du repos, de la diète, des boissons tempérantes et des autres moyens énumérés dans le traitement général, nous indiquerons spécialement ici les médications directes conseillées par divers observateurs et celles sur lesquelles on doit le plus compter.

Répercussion. La suppuration est si redoutable dans le phlegmon diffus, que l'on doit essayer les réfrigérents à la première invasion, et lorsqu'il n'existe localement et généralement aucune complication susceptible de contr'indiquer l'emploi de cette méthode abortive dont nous avons exposé les moyens; mais aussitôt que l'inflammation a fait élection profonde, il ne faut plus songer à ce genre de traitement, dont les inconvénients sont alors faciles à sentir.

Compression. Celle-ci, faite à la manière de Théden, c'est-à-dire uniformément sur les parties sans empêcher le cours des fluides circulatoires, et seulement de manière à les maintenir dans certaines limites, a, dans ces derniers temps, été conseillée par MM. Bretonneau et Velpeau contre le fait de l'inflammation en général, dans le traitement du premier degré de l'érysipèle phlegmoneux en particulier. Cette méthode, que l'on pourrait nommer *contentive* et même *répulsive* de l'inflammation, compte un certain nombre de succès; on peut donc y recourir dans les formes et dans les cas appropriés, savoir : sur les parties où son application est facile, chez les sujets dont la constitution épuisée contr'indique l'emploi des saignées et des débilitants, toutefois sans se dissimuler les accidents d'asphyxie locale et de gangrène qu'elle pourrait occasioner dans ses applications intempestives, et sans la considérer comme un moyen exclusif, avantage que ne réclament pas ses partisans. « La compression présente aussi son mauvais côté; mal appliquée, elle peut produire les plus fâcheux accidents. On aurait également tort de croire que nous en voulons faire un remède universel et propre à remplacer tous les autres; nous pensons, au contraire, qu'elle serait très-nuisible dans une foule de cas qu'il est aisé de deviner; que souvent il est bien d'aider son action par l'emploi de quelque autre moyen. » (Velpeau, *Annuaire médico-chirurg.*, 1827, p. 360.)

Émissions sanguines. Elles doivent être employées avec réserve dans l'érysipèle phlegmoneux qu'elles sont bien rarement susceptibles de faire avorter complètement, et dont elles augmenteraient notablement la gravité dans les périodes ultérieures par l'affaiblissement général qui suivrait leur abus. Il faut donc, pour légitimer leur emploi, d'abord l'absence des contr'indications, ensuite un état de force et d'hypérémie constitutionnelle assez développé; dans ce cas, il est bon de commencer par la saignée veineuse; et si l'indication subsiste encore, d'en venir soit aux sangsues, soit aux ventouses scarifiées autour du centre de l'altération, ou dans les points appropriés, s'il avait existé des suppressions hémorrhagiques. «Les saignées générales et locales, dans le phlegmon diffus, doivent être accompagnées de bains généraux, ou au moins locaux; ces derniers seront de nature émolliente; des cataplasmes, et, bien mieux encore, des résolutifs sédatifs froids seront appliqués sur la partie malade. Si l'inflammation cellulaire est commencée, les bains, les sangsues, les cataplasmes, les sédatifs seront de nouveau mis en usage. » (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 319.)

Topiques émollients. Nous avons préféré les réfrigérents au début de ce premier degré; vers sa fin, les topiques émollients nous paraissent d'une application plus sage et mieux appropriée, mais ils ne doivent pas concentrer la chaleur et présenter un degré thermométrique supérieur à celui des parties malades : c'est l'oubli de ces deux principes qui les a discrédités dans l'esprit de quelques praticiens. Le seul reproche que l'on peut raisonnablement leur adresser, c'est d'être souvent impuissants pour prévenir la suppuration; mais ils n'ont pas, bien appliqués, les inconvénients directs qu'on a voulu leur prêter. « Les topiques doivent être bannis dans l'érysipèle phlegmoneux de la face; mais dans celui des membres et du tronc, on peut employer l'eau de sureau, l'eau végéto-minérale, et même les cataplasmes émollients. » (Patissier, *loc. cit.*, p. 18.)

Onctions mercurielles. Elles ont été plusieurs fois employées avec un entier succès; on peut donc les mettre en usage, à peu près dans les circonstances que nous avons assignées à la compression; reste à savoir si l'on doit plus compter sur ce moyen que sur les réfrigérents : c'est à l'expérience à prononcer.

Vésicatoire sur le centre de l'érysipèle phlegmoneux. Petit, de Lyon, eut recours à cette médication avec succès dans l'érysipèle phlegmoneux. « Dès le début de la maladie, après avoir, par la saignée, diminué la pléthore sanguine et combattu

les symptômes bilieux par l'émétique, il faut, sans retard, appliquer au centre de l'inflammation un large vésicatoire camphré que l'on n'enlève qu'au bout de vingt-quatre heures ; on détache la vésicule, et l'on sollicite la suppuration jusqu'à ce que la partie soit complètement dégorgée. Si l'inflammation occupe une grande étendue, il faut placer plusieurs vésicatoires à quelque distance l'un de l'autre sur le siége de l'inflammation ; par ce moyen énergique, l'on voit, dans l'espace de quelques jours, des membres entiers énormément gonflés reprendre peu à peu leur volume naturel ; quelquefois, cependant, il se forme quelques petit abcès, soit le long du trajet des vaisseaux lymphatiques, soit même au-dessous des vésicatoires ; mais ces accidents légers peuvent-ils entrer en comparaison avec ceux que nous offre la marche de la maladie..... Nous avons vu traiter plus de quarante érysipèles phlegmoneux par les vésicatoires, et jamais il n'en est résulté la gangrène, si ce n'est une seule fois où la maladie était compliquée d'une fièvre adynamique..... Quoique dans ces cas les vésicatoires aient eu un succès complet, nous sommes loin de conclure qu'on en obtient constamment des résultats aussi avantageux.... Bien qu'ils diminuent l'intensité de l'inflammation, ils n'empêchent pas quelquefois la suppuration. » (Patissier, *loc. cit.*, p. 21, 26.) — « Si les symptômes persistent et s'accroissent, nous n'oserions pas conseiller les vésicatoires ; nous en avons obtenu des effets si différents, que nous craindrions de les appliquer. Quelquefois nous avons déterminé par ce moyen une heureuse résolution ; mais d'autres fois, quoique très-rarement, il est vrai, des escarres en ont été le résultat évident. Nous sommes bien aise d'insister sur ce point, car on a beaucoup exagéré dans des thèses et des ouvrages les succès que nous en avons obtenu ; ce n'est pas dans le phlegmon, mais bien dans presque tous les cas d'érysipèle, que nous conseillons et que nous employons avec beaucoup d'avantages le vésicatoire ; mais s'il est quelquefois nuisible dans le phlegmon, plus souvent encore il paraît n'exercer aucune influence sur son développement » (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 321). Ces thèses, ces ouvrages dont parle Dupuytren, ont été rédigés sous son influence. Nous sommes garants, comme l'ayant suivi dans tous ces travaux, qu'il en partageait alors tous les principes ; depuis ce temps, l'expérience l'a fait changer d'avis, voilà tout. Il est aujourd'hui démontré pour nous que toutes violentes irritations, portées sur le centre d'un érysipèle phlegmoneux, soit par le vésicatoire, soit par les sinapismes ou la cautérisation, sont des moyens trop chanceux dans leur emploi, pour que les succès qu'ils ont parfois obtenus justifient leur usage dans le but que nous venons de préciser.

Vomitifs, purgatifs. « Si avant ou après l'apparition du phlegmon érysipélateux, on remarque, comme on le disait il y a vingt ans, des dispositions saburrales...., un ou deux vomitifs produiront de bons effets, et de doux évacuants, si le canal intestinal est lui-même affecté, suspendent la marche du phlegmon, ou rendent presque constamment la maladie moins fâcheuse. » (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 320.)

« Le tartrite antimonié de potasse, donné comme émétique ou en lavage, détermine des effets très-heureux, lorsque l'érysipèle phlegmoneux est compliqué d'embarras gastrique ou intestinal. Mais, dans nombre de cas où cette complication n'existe point, on n'en obtient pas tous les succès qu'on en attend ordinairement. » (Patissier, *loc. cit.*, p. 20.)

En résumé, nous pensons que les vomitifs, les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques, et tous les moyens analogues, doivent être exclusivement réservés pour le traitement des complications, et qu'il ne faut pas trop compter sur leurs effets, lorsqu'il s'agit de remplir essentiellement la grande indication que nous avons posée.

Second degré. *Effectuer le débridement des tissus, l'évacuation du pus, et borner les progrès de sa diffusion.* — Sous l'influence du gonflement progressif produit par l'accumulation du pus, les tissus éprouvent nécessairement des étranglements d'autant plus considérables, que les feuillets aponévrotiques sont plus résistants et plus multipliés dans les points enflammés et dans ceux au milieu desquels s'effectuent les fusées purulentes. D'un autre côté, l'étendue de la diffusion, anatomiquement bornée par les adhérences qu'offre la peau sur la ligne médiane, au voisinage des articulations, etc., ne peuvent l'être par le bénéfice de la nature, que dans les points étrangers à ces derniers, où l'inflammation deviendrait adhésive ; mais le tissu cellulaire lamelleux, qui recouvre les aponévroses, la couche adipeuse qui double la peau, sont déjà peu susceptibles de ce travail salutaire avec lequel surtout le génie du phlegmon diffus offre une opposition très-marquée. On doit donc peu compter sur la nature, pour établir ces points d'arrêt à la diffusion purulente, et dès-lors ne pas accorder ici comme dans le degré précédent, une aussi grande confiance à la compression, qui d'ailleurs aurait ici deux nouveaux inconvénients, celui d'augmenter les dispositions à l'étranglement, et d'exposer aux accidents plus ou moins fâcheux de la résorption purulente. Nous ne sommes pas entièrement rassurés à cet égard, par les considérations, du reste fort judicieuses, que les partisans de la compression ont faites sur cet objet. « Jusqu'ici je n'ai parlé que des cas où l'on était appelé à donner ses soins aux malades, avant que la suppuration dût s'établir, je vais maintenant m'occuper de cette seconde période de la maladie. Ici les indications sont différentes, suivant l'état de la suppuration ; si l'on soupçonne son existence en quelques points, si

même on en a la certitude, mais que le pus ne soit pas encore réuni en collection, il me semble que l'on doit employer la compression, comme si la suppuration n'avait pas lieu. Cette proposition peut paraître bien hardie, cependant on peut voir dans la troisième observation que j'ai citée, et dans une de celles du Mémoire de M. Velpeau, que cet état n'a retardé en aucune manière la disparition de la maladie. Je sais que l'on peut craindre les effets de l'absorption du pus, mais on remarquera que le pus n'est pas ici rassemblé en foyers, qu'il est de nouvelle formation, qu'il n'a pas été vicié par le contact de l'air, et qu'il est en petite quantité, or je crois qu'en ces circonstances, l'absorption du pus ne présente aucun danger; tous les jours ne voit-on pas des malades conserver long-temps un abcès par congestion, sans que l'économie en soit troublée, et cependant il est évident qu'il y a du pus d'absorbé. Ce n'est qu'après une absorption long-temps continuée, que les accidents se manifestent; si au contraire il y a des collections purulentes, je crois qu'on ne peut trop se hâter de leur donner issue à l'extérieur, au moyen des incisions. » (P.-F. Le Guen Kerneison. *Journ. des connaiss. médico-chirurg.* 1835, p. 15.)

Il n'existe donc, à notre sens, qu'un seul moyen de borner ces désordres et de remplir l'indication de ce second degré : ce sont les incisions multipliées et portées jusqu'au tissu cellulaire lamelleux. Il s'agit, en effet, ici, de mettre le pus immédiatement en communication avec l'extérieur, de manière à ce qu'il trouve moins de résistance vers ce point qu'entre les aponévroses et la peau, vers le tissu cellulaire qui n'est pas encore envahi. C'est alors seulement que les compressions graduées pourront offrir tous leurs avantages, sans présenter aucun des inconvénients signalés; elles dirigeront alors la suppuration vers les ouvertures cutanées, et tendront à resserrer de plus en plus les limites actuelles de la diffusion par les recollements de la peau à son tissu cellulaire sous-jacent. Ces incisions ne doivent pas être longuement étendues; les plaies qu'elles auraient occasionées demanderaient un temps trop long pour leur cicatrisation, et l'air serait mis trop largement en contact avec le siége inflammatoire. Elles doivent être multipliées, parce qu'il est indispensable que chaque point du foyer de la diffusion trouve à l'extérieur une libre et facile communication. Celles de la peau seront linéaires; dans la plupart des cas elles produisent convenablement de cette manière le débridement qui fait partie de l'indication à remplir; mais si le phlegmon diffus est en même temps sous-aponévrotique, les incisions faites sur ce feuillet fibreux doivent être cruciales, autrement le débridement n'aurait pas lieu d'une manière convenable, et l'écoulement du pus ne serait pas suffisamment garanti. A quelle époque de la maladie doit-on pratiquer les incisions? Dans le phlegmon circonscrit, cette époque est marquée par la fluctuation distincte : cette règle serait essentiellement funeste en l'appliquant au phlegmon diffus. Boyer l'avait déjà bien senti, car il conseille d'ouvrir, dans ce cas, aussitôt qu'il existe empâtement purulent. Si nous voulons en préciser plus nettement l'indication, nous ajouterons, en rappelant la succession des phénomènes locaux du phlegmon diffus, qu'il faut multiplier les incisions à toute sa surface, dès l'instant où l'empâtement cutané s'est reproduit, après avoir été suivi, comme nous l'avons dit, par l'état rénitent. Le foyer mis à découvert, on devra l'explorer profondément, afin de constater si les incisions et les débridements aponévrotiques sont alors indiqués. Il n'est pas nécessaire de faire observer ici que dans ces incisions on doit éviter les parties dont la lésion deviendrait grave, et surtout celle des vaisseaux qui pourraient donner beaucoup de sang, le malade étant ordinairement alors dans des conditions où l'asthénie devient spécialement à redouter, comme nous l'avons bien des fois constaté. Des linges troués enduits de cérat, de la charpie, des compressions graduées, des pansements fréquents et très-soigneux dans les circonstances qui l'exigent, des fomentations, des cataplasmes émollients, etc., compléteront la médication locale.

Nous ne parlons point ici des réfrigérents, des vésicatoires, des onctions mercurielles, etc.; nous pensons, en effet, que, dans le plus grand nombre des cas, on compromettrait ces moyens, de même que le salut du malade, en les engageant dans des applications intempestives. Nous ferons toutefois connaître l'opinion de notre judicieux ami, relativement aux vésicatoires. « Dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, on obtient de l'emploi des vésicatoires des effets plus ou moins marqués, selon que la suppuration n'est pas encore formée ou qu'elle est déjà établie; le lieu de leur application varie aussi dans ces deux circonstances... Lorsque la suppuration est établie, l'action des vésications est rarement aussi efficace que lorsque le pus n'est pas encore formé. Ce n'est plus alors au centre de l'inflammation qu'il faut appliquer les vésicatoires, dont le stimulus accroîtrait la suppuration; il faut les placer hors de la partie phlogosée sur une partie saine... En déterminant une révulsion, ils arrêtent les progrès de l'inflammation et font disparaître celle qui existe.» (Patissier, *loc. cit.*, p. 21 et 27.)

Troisième degré. *Favoriser l'écoulement du pus, le détachement des escarres, le recollement de la peau. Soutenir les forces du sujet dans ce long et pénible travail.* — La continuation des pansements précédemment indiqués, suffit dans les cas ordinaires aux indications locales de ce troisième degré; mais chez quelques sujets l'état asthénique des parties affectées, et l'imminence d'asphyxie locale, de mortification, le détachement lent et pénible des escarres exigent quelques médications particulières

à ce degré. Ainsi, des applications spiritueuses, plus particulièrement encore des toniques fixes, tels que le quinquina en poudre, en cataplasme, en fomentations, enfin tous les moyens de cet ordre indiqués par la chirurgie devront trouver ici leur emploi ; des digestifs convenablement animés, seconderont les efforts de la nature dans l'inflammation éliminatoire des escarres. Ces moyens qui rentrent dans la thérapeutique générale des dispositions analogues, sont trop connus pour exiger ici des détails particuliers. La répression des chairs fongueuses par les cathérétiques et tous les autres moyens relatifs à la bonne direction du travail de cicatrisation, devront compléter cette médication locale. Quant aux moyens généraux, dans cette période, plus spécialement encore que dans les autres, ils devront tendre à soutenir, à diriger les forces de la constitution pour la mettre en mesure de fournir aux frais de la suppuration et des nombreuses déperditions organiques si propres à déterminer un épuisement funeste. L'éloignement du froid, de l'humidité, des conditions insalubres de l'air, le maintien du moral dans l'espérance d'une guérison prochaine, la situation, le repos approprié de l'organisme et des parties lésées, l'usage des bouillons, des gelées de viande, plus tard des viandes rôties, grillées, l'emploi des ferrugineux, surtout du quinquina sous forme d'extrait aqueux à l'intérieur, l'eau rougie pour boisson, formeront la base du régime et du traitement. Sous ce dernier rapport, il faut craindre les excitants diffusibles, les alcooliques, etc. Leur action est plutôt irritante que véritablement tonique ; ils provoquent la fièvre à laquelle sont déjà disposés ces malades, et favorisent plutôt l'épuisement qu'ils ne tendent essentiellement à le prévenir. En cherchant à soutenir les forces du sujet par un bon régime alimentaire, c'est dans la qualité, non dans la quantité, qu'il faut trouver ces ressources ; la surcharge des organes digestifs amènerait en effet très-facilement chez les malades arrivés à ce degré, des dévoiements colliquatifs presque toujours funestes.

Convalescence. — Elle exige les plus grandes précautions, et pour l'état en général et pour les dispositions locales du sujet, les parties, siége du phlegmon diffus, ne seraient pas envahies de nouveau sans un danger plus imminent encore, et les cicatrices demandent un temps assez long pour supporter sans inconvénient les rapports des corps extérieurs et les conditions d'exercice des parties qu'elles recouvrent. Lors même que la cicatrice est complètement fermée, les mouvements doivent encore être fort modérés ; les cicatrices larges et étendues sont sujettes à se déchirer, et se déchirent d'une manière assez singulière : une petite phlyctène remplie de pus s'ouvre sur un point, perce et laisse sous elle une ulcération à fond grisâtre et ressemblant pour la couleur à une ulcération syphilitique. Cette ulcération s'étend rapidement, fait des progrès tels qu'en 24 heures, plus ou moins, toute la cicatrice est détruite ; il est vrai qu'elle se renouvelle avec bien moins de difficulté, et que cet accident n'est pas toujours au désavantage des malades, car la cicatrice primitive est ordinairement très-faible et facile à se déchirer, mais cette faiblesse et cette facilité diminue chaque fois qu'elle se reproduit, et on l'a vue ne prendre une solidité suffisante qu'après s'être ainsi déchirée et reproduite trois ou quatre fois.» (Dupuytren. *Loc. cit.*, p. 327.)

Après avoir fait l'histoire de l'érysipèle phlegmoneux, nous devons appuyer les principes qui s'y trouvent établis sur des faits susceptibles d'en consacrer la réalité. Les uns nous retraceront les caractères des trois degrés que nous avons admis, les autres la manière d'agir des principales médications auxquelles nous reconnaissons de l'efficacité.

Obs. XXI. — (*Premier degré de l'érysipèle phlegmoneux.*) Colas, Jacques-Louis, 21 ans, militaire, tempérament lymphatico-sanguin, profondément nostalgique, éprouve le 24 mai, sans cause appréciable, un picotement douloureux à la partie inférieure de la jambe gauche. Chaleur brûlante, démangeaison vive, rougeur intense, gonflement sensible des trois quarts inférieurs de la jambe et du dos du pied. A ces symptômes caractéristiques d'une inflammation érysipélato-phlegmoneuse, se joignent d'autres symptômes généraux qui paraissent être le principe et non l'effet de la phlegmasie externe : perte de l'appétit, soif vive, constipation, enduit savonneux de toute la surface de la langue, dont les papilles sont lisses, les bords et la pointe exempts de rougeur, point de vomissements, de douleur épigastrique, peau chaude, pouls plein, fréquent, face animée, conjonctive injectée, yeux larmoyants, légère céphalalgie. Entrée du malade à l'Hôtel-Dieu de Marseille le deuxième jour de cette invasion : diète, saignée du bras, large cataplasme émollient sur toute l'étendue du phlegmon. — 27 mai, second jour de l'entrée du malade. Point d'amélioration : nouvelle saignée, limonade. Le soir, réponses brusques, perception nulle de la douleur, soubresauts dans les tendons des membres thoraciques, léger assoupissement, délire : saignée copieuse du pied : potion vomi-purgative avec un grain de tartre stibié, deux onces et demi de manne et deux gros de séné. Vomissements fréquents, selles abondantes, nuit assez calme. — 28, amélioration notable, gonflement stationnaire, tension un peu moindre, ainsi que la rougeur et la chaleur, cessation du délire, assoupissement moins profond, cessation des soubresauts tendineux, perception de la douleur, pouls moins fréquent, chaleur de la peau, presque normale : diète, limonade, deux lavements émollients. — 30, délire pendant la nuit, loquacité, décubitus dorsal, prostration générale des forces, assoupissement, propagation de la rou-

geur vers le genou, sans augmentation du gonflement : une crême de riz, lavement émollient, six sangsues à chaque région mastoïdienne ; hémorrhagie abondante. Le soir, le pouls a perdu de sa fréquence, délire nul, assoupissement moindre : sinapismes au bras. Vive excitation. — 31, nouvelle exaspération des symptômes cérébraux, soubresauts, convulsion des muscles de la face, etc., peau aride et brûlante, pouls fréquent, le gonflement et la rougeur abandonnent la partie inférieure du membre, la dernière surtout, pour gagner la cuisse, formation de petites vésicules séreuses sur le genou et sur divers points de la jambe : nouvelles sangsues au même lieu. — 1er juin, résolution vers la jambe, extension à la cuisse. — 2, déclin des symptômes inflammatoires locaux, état général plus satisfaisant: soupe légère le matin, diète le soir, petit-lait, lavement émollient. — 3, 4, la rougeur n'a pas fait de nouveaux progrès, elle se borne à la partie moyenne de la cuisse, appétit : demi-quart. Le soir, douleur au côté droit de la poitrine : 20 sangsues, cataplasme émollient sur ce point. — 5, 6, progrès de la résolution : aliments en petite quantité. — 7, anorexie, langue jaunâtre : potion purgative. — 8, quinzième jour de l'invasion, convalescence, desquammation. — 13, un petit abcès se forme sur le dos du pied gauche, il offre de la fluctuation ; cataplasme, deuxième purgation. — 15, guérison complète. (Coste. Service de M. Chastan. *Lancet. franç.* 1831, t. V, p. 99.)

Obs. XXII. — (*Second degré de l'érysipèle phlegmoneux.*) Châtelain, François, pompier, âgé de 41 ans, constitution robuste, tombe de sa hauteur, le 8 novembre 1814, sur une pièce de bois ; contusion assez violente à la jambe droite. Continuation des travaux ; obligation de les interrompre le 10 novembre. Peau de la jambe et surtout du genou rouge, érysipélateuse ; un chirurgien fait appliquer un emplâtre irritant sur l'inflammation ; augmentation de l'éréthisme local. Transport du malade à l'Hôtel-Dieu de Paris le 20 dans l'état suivant : tumeur considérable vers le genou droit, légèrement rouge, fluctuante dans une grande partie de son étendue, et se prolongeant depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au-dessous de la rotule. Deux incisions latérales, tant en haut qu'en bas, à la tumeur, écoulement d'une pinte de pus mal élaboré, légère compression graduée.

21. On retire plusieurs lambeaux du tissu cellulaire gangréné, qui se présentent aux ouvertures faites par les incisions. Point de diarrhée, fièvre légère, nul symptôme gastrique. Pansement renouvelé deux fois chaque jour ; toniques à l'intérieur. Les jours suivants, la peau amincie se perce de plusieurs ouvertures qui donnent issue au tissu lamelleux mortifié.

30. Hémorrhagie ; quoiqu'elle soit assez considérable, on ne trouve point le vaisseau qui a pu la fournir. On pense que l'artère fémorale pouvait être atteinte d'anévrisme par érosion. On propose l'amputation de la cuisse, à laquelle se refuse constamment le malade. Heureusement l'hémorrhagie ne se renouvelle point. La peau qui recouvre l'abcès, se gangrène successivement par partie, la plaie se nettoie, et quoique la suppuration soit abondante, le malade n'éprouve qu'un léger dévoiement, conserve de l'appétit, des forces et du courage ; des compressions, au moyen d'un bandage roulé autour de la jambe et de la cuisse, préviennent efficacement les fusées de pus entre les muscles.

Vers le 20 décembre, la plaie qui avait près de dix pouces de longueur sur quatre de largeur, était vermeille, fournissant une suppuration abondante et de bonne nature. Depuis cette époque, la cicatrisation fait des progrès rapides ; elle était même presqu'achevée, lorsque le 25 mars 1815, la plaie ayant été atteinte de pourriture d'hôpital augmenta d'étendue ; mais bientôt cette gangrène céda à l'eau de chaux, la plaie se rétrécit de nouveau et la cicatrisation était presque complète, lorsque, le 1er mai, Châtelain sortit de l'hôpital. (Patissier, *cliniq. de M. Pelletan. Loc. cit.*, p. 10.)

Obs. XXIII. — *Troisième degré de l'érysipèle phlegmoneux.* — Tarrad Pierre, vidangeur, âgé de 25 ans, d'une assez bonne constitution, s'étant piqué au doigt indicateur de la main gauche, néglige cette blessure légère et continue ses travaux habituels. Trois jours après, érysipèle au bras. Une femme du peuple lui applique un emplâtre irritant et lui administre deux grains d'émétique, dont le malade dit avoir été soulagé. Cependant l'inflammation faisait des progrès rapides, ce qui força Tarrad à entrer à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 25 février 1812. La main, l'avant-bras ne présentaient alors presque aucun engorgement. Seulement, la partie interne de l'avant-bras offrait, selon le trajet des vaisseaux lymphatiques, des cordons rougeâtres ; la partie interne du bras était d'un rouge intense avec douleurs vives, tensions, phlyctènes, et point de fluctuation. Nulle gêne dans la respiration, point de douleur à l'épigastre, à la tête, d'amertume à la bouche, ni de nausées. Langue nette, fièvre modérée, avec redoublement le soir. Cataplasmes émollients sur le bras.

Deuxième jour. — La tuméfaction, loin de diminuer, s'étend à l'avant-bras et vers l'aisselle. Trois incisions sont pratiquées, deux au bras, l'autre à l'avant-bras. Trois palettes de sang environ s'écoulent par les incisions et affaiblissent le pouls du malade.

Troisième jour. — Soulagement assez marqué, tension et douleur moins vives. Cataplasmes émollients sur le bras et l'avant-bras.

Quatrième jour. — La tuméfaction paraît augmentée, somnolence continuelle, faiblesse générale. Décoction de quinquina.

Cinquième jour. — Sueurs, assoupissement, prostration, pouls faible, à peine le malade peut-il articuler quelques sons. Couleur violette de la peau du bras et de l'avant-bras.

Sixième jour : le pouls se relève ; le malade reprend quelques forces ; divers cercles rougeâtres indiquent les limites de la gangrène.

Septième jour : les escharres se séparent de tous côtés ; suppuration abondante ; la peau et le tissu cellulaire de la partie interne du bras et de l'avant-bras sont tombés en gangrène, depuis le creux de l'aisselle jusque vers le poignet. Application de plumaceaux recouverts de digestif animé ; toniques à l'intérieur. Les jours suivants, élimination des parties mortifiées ; suppuration abondante ; dévoiement ; les muscles du bras et de l'avant-bras sont mis à nu ; les vaisseaux et les nerfs restent intacts au milieu des parties mortes. Décoction de riz, cachou, diascordium, extrait de quina. Les pansements sont renouvelés deux fois chaque jour.

Dix-septième jour : la plaie est vermeille, la suppuration de bonne nature. Cette large plaie, d'environ deux pieds de longueur, se cicatrise insensiblement ; les doigts et la main devinrent œdémateux par la destruction des vaisseaux lymphatiques. En vain eut-on soin de maintenir l'avant-bras étendu sur le bras, l'avant-bras se fléchit un peu sur le bras, et, au bout de quatre mois de soins assiduement continués, le malade sortit de l'hôpital sans être complètement guéri. J'ai vu ce malade un an après sa sortie : l'avant-bras était à demi-fléchi sur le bras, et, au niveau du coude, la cicatrice se déchirait au moindre effort. » (Patissier, *Clinique de M. Dupuytren, loc. cit.*, p. 11.)

Obs. XXIV. — *Érysipèle phlegmoneux avorté sous l'influence des réfrigérents.* Sur la fin de mai 1831, j'étais médecin de division à l'hôpital Ordinacki, à Varsovie, et chargé du service des blessés. La pourriture d'hôpital inondait la plupart des hôpitaux de cette ville, et malgré nos précautions, il s'en présenta quelques cas dans nos salles. Un soldat avait eu le bras droit effleuré et la peau enlevée dans toute son épaisseur par une balle, la plaie était en voie de guérison quand la pourriture apparut dans la salle. Vingt-quatre heures après, la plaie avait le plus mauvais aspect, toute la cicatrice avait disparu, remplacée par une couenne blanchâtre, adhérente, les bords étaient rouges et douloureux, tout le bras et la moitié supérieure de l'avant-bras gonflé et rougi par une vaste inflammation, le pouls était accéléré, l'appétit avait disparu. J'appliquai sur la plaie, après avoir enlevé de la couenne, autant que je pus, un plumasseau imbibé de vinaigre distillé, et j'enveloppai toutes les parties envahies par l'érysipèle dans des compresses imbibées d'eau froide et saupoudrées de camphre pulvérisé et mouillé ; le lendemain à peine restait-il quelques traces de l'érysipèle, principalement autour de la plaie, et la couenne gangréneuse n'en occupait plus que la moitié. Même pansement. — Le lendemain, disparition complète de l'érysipèle, mais la pourriture d'hôpital exigea pour sa guérison encore trois à quatre applications de vinaigre. (Malgaigne, *Gaz. méd.*, 1832, t. III, p. 382.)

Obs. XXV. — *Érysipèle phlegmoneux guéri par la compression.* — Au n° 5 de la salle Sainte-Caroline, femme, âgée de 63 ans, dans le dernier état de la décrépitude, reçue le 18 août : jambe gonflée, douloureuse, d'un rouge tirant sur le brun, pression pénible, ne faisant pas disparaître la rougeur. On sent une espèce d'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, le genou était aussi gonflé, et la synoviale de cette articulation paraissait contenir un peu de liquide, propagation de l'inflammation à la jambe et à la cuisse avec les mêmes caractères. M. Bougon reconnaît un érysipèle phlegmoneux, l'état de détérioration dans lequel se trouve cette femme, l'éloigne de l'idée de toute évacuation sanguine. Compression très-méthodiquement effectuée sur tout le membre, et renouvelée avec soin toutes les fois que les bandes se relâchent un peu. Dans les premiers temps, ce moyen cause un peu de douleur, mais elle est bientôt dissipée, et ce vaste érysipèle phlegmoneux qui était survenu chez un sujet des plus faibles et dans un âge très-avancé, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables pour passer à l'état gangréneux, s'est terminé heureusement par résolution et par la compression seule. (Bougon, *la Clinique des hôpitaux et de la ville*, 1828, t. III, p. 77.) Suit une autre observation analogue.

Obs. XXVI. — *Érysipèle phlegmoneux guéri par la compression.* — Beulot, femme de 50 ans, ouvrière, forte, bien constituée, tombe chargée d'un fardeau, le 27 mars 1825, et croit s'être fracturé la jambe droite. Immédiatement entrée à l'hôpital de la Faculté, deux élèves croient reconnaître la crépitation, qui, une heure plus tard, ne fut pas reconnue par le chirurgien ; d'ailleurs aucun déplacement, et la malade soulève la jambe sans beaucoup de difficulté ; douleur très-vive, à peine gonflement. Vingt-cinq sangsues. — 28, même souffrance, rougeur assez vive, gonflement assez considérable au pourtour des malléoles et sur le coude-pied : vingt sangsues, cataplasme. — 30, douleur sensiblement diminuée. — 31, douleur beaucoup plus forte, rougeur comprenant tout le quart inférieur de la jambe, gonflement plus considérable : 15 sangsues.

1er avril. Point d'amélioration.

5. Inflammation étendue à tout le pied, dont la face dorsale est surtout considérablement tuméfiée. 30 sangsues.

6. Point d'amélioration, on renonce à l'application des sangsues : liniments opiacés et divers autres

moyens qui n'empêchent pas la rougeur et le gonflement d'augmenter, et de s'étendre jusqu'au 17. A cette époque, la peau est comme amincie, tendue et d'un rouge luisant, depuis les orteils jusqu'au mollet. Les douleurs sont excessivement vives, et le moindre mouvement du membre insupportable : encore 20 sangsues le matin. Toutes les ressources de la thérapeutique ayant été épuisées, et tous les symptômes étant encore plus exaspérés, nous résolûmes de tenter la compression.... Angoisses et souffrance extrême. A six heures du soir, nous recommençons par envelopper toutes les parties enflammées du membre, avec des compresses imbibées d'eau-de-vie, ensuite nous plaçons une bande, depuis la racine des orteils jusqu'au-dessous du genou, en prenant toutes les précautions convenables, pour que la compression fût exacte et régulière, surtout aux environs des malléoles et de manière que chaque doloire recouvre au moins les deux tiers de celle qui est au-dessous. Après son application, cet appareil est également imbibé d'eau-de-vie, nous fixons la jambe sur une atelle, et nous la faisons placer demi-fléchie sur un coussin. A dix heures du soir, la malade est dans l'enchantement, ses souffrances sont moitié moindres.

18 au matin. Douleur presque nulle, rougeur et gonflement aux trois quarts dissipés.

19. Il ne reste plus qu'un peu d'empâtement autour des malléoles, l'érysipèle est complètement évanoui, on peut presser la jambe dans tous les points, sans faire souffrir la malade. La peau est comme ridée, et l'épiderme s'enlève en écailles. L'appareil est réappliqué, et comme le gonflement était peu marqué, ce bandage reste sans se déranger jusqu'au 22, en sorte que l'on se contente de l'humecter deux fois par jour, avec de l'eau-de-vie.

28. L'inflammation et l'engorgement sont complètement dissipés. (Velpeau. *Mémoire sur l'emploi du bandage compressif, dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, etc. Arch. génér. de méd.* Juin 1826, t. XI, p. 219.) Une série d'observations, également très-favorables à l'emploi de la compression, et dans plusieurs desquelles elle a même seule été mise et usage, se trouve dans le même recueil.

M. Le Guen Kerneison (*Journ. des conn. médico-chirurg.*, 1835, t. III, p. 13) rapporte trois faits également concluants.

Obs. XXVII. — *Érysipèle phlegmoneux guéri par les onctions mercurielles.* Samuel Green, 48 ans, est atteint d'un érysipèle phlegmoneux grave à la partie antérieure de la jambe droite, s'étendant de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, jusque près de l'articulation du genou; la jambe est très-enflée, la douleur poignante, les symptômes généraux sont peu prononcés; on a recours aux antiphlogistiques, aux fomentations; les deux jours suivants, le mal non-seulement augmente, mais le centre de la partie primitivement affectée est plus noir que la surface environnante. A juger par la douleur violente qu'accusait le malade et la tension extrême, la suppuration devait être abondante et de mauvaise nature. Ventre libre, frissons répétés, alternant avec les accès de fièvre. Le malade refusant la saignée, on a recours à une application d'onguent mercuriel double étendu sur du linge, et répétée trois fois le jour tout en continuant en même temps le traitement antiphlogistique; depuis ce moment la guérison fit de rapides progrès, la fièvre et les autres symptômes se dissipèrent et en un jour ou deux, il ne resta plus qu'un peu de raideur dans la jambe. (*Lanc. franç.*, 1832, t. VI, p. 395. *Extrait de la Lancette anglaise*)

Obs. XXVIII. — *Érysipèle phlegmoneux arrêté dans sa marche par l'application des vésicatoires.* — Launoy, Jean-Henri, cordonnier, âgé de 49 ans, d'un tempérament bilieux, éprouva, le 8 septembre 1813, des frissons avec tremblement, malaise général, et en même temps prurit à la jambe gauche, qui le lendemain devint rouge, tuméfiée et très-douloureuse. Ne pouvant vaquer à ses travaux habituels, Launoy se fit transporter à l'Hôtel-Dieu le 8 septembre. Alors gonflement, rougeur intense de la jambe, dont le volume était considérablement accru; œdématie du pied, inflammation érysipélateuse du même côté, surtout à la partie interne, où, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, se remarquaient des cordons rouges, douloureux au toucher, et se prolongeant jusqu'aux glandes inguinales. En même temps trouble du sommeil, amertume de la bouche, céphalalgie, langue jaune, pouls dur, fréquent, peau brûlante, fièvre avec redoublement le soir.

Premier jour, application de cataplasmes émollients sur la jambe; limonade cuite.

Deuxième jour, peu de diminution de l'inflammation. Prescription : deux grains d'émétique, large vésicatoire à la partie interne de la jambe malade, diète au bouillon. Pendant la journée, selles abondantes, mais point de vomissements.

Troisième jour, nul effet du vésicatoire, qui change de place par les mouvements inconsidérés qu'exerce le malade pour aller à la garde-robe, diminution peu marquée de l'inflammation de la jambe, rémission de la fièvre; grande loquacité du malade, et irrégularité dans ses actions, qui font appréhender le délire. Prescription : trente grains d'ipécacuanha, nouveau vésicatoire au mollet. Pendant la journée, quelques vomissements de saburre gastrique, et selles copieuses.

Quatrième jour, large phlyctène à la jambe produite par le vésicatoire, diminution de l'inflammation, sommeil, appétit.

Cinquième jour, nouveau vésicatoire à la partie

externe de la jambe malade, cataplasme émollient sur toute l'étendue du membre.

Huitième jour, on fait suppurer abondamment les deux vésicatoires.

Neuvième jour, plus de tension, de rougeur ni de tuméfaction à la cuisse, qui a repris son volume ordinaire; mais la jambe est toujours rouge, quoique non tendue; langue jaune, bouche pâteuse, coliques, flatuosités. Prescription : une once de sulfate de soude dans une chopine de bouillon aux herbes. Pendant la journée, selles assez copieuses.

Dixième jour, formation d'un petit abcès à la partie antérieure et moyenne de la jambe; son ouverture donne issue à une petite quantité de pus de bonne qualité.

Onzième jour, cicatrisation de la petite plaie; on enveloppe la jambe de compresses imbibées d'eau de sureau.

Douzième jour, souplesse des parties molles du mollet, plus de rougeur à la jambe, libre exercice de toutes les fonctions.

Quatorzième jour, malaise général, céphalalgie, agitation pendant la nuit; le soir, frisson et dégoût pour les aliments; limonade vineuse, et deux pilules de camphre et de nitre.

Quinzième jour, disparition de ces symptômes, et continuation des toniques.

Trentième jour, la jambe étant revenue à son volume ordinaire, et toute rougeur étant dissipée, on commença à laisser sécher les vésicatoires.

Le quarantième jour, Launoy sortit parfaitement guéri, conservant le libre usage de sa jambe, qu'il avait soin d'entourer d'une bande roulée. (Patissier. *Clinique de Dupuytren*, *loc. cit.*, p. 22.) Suivent quatre observations analogues, et trois d'insuccès, que rapporte également M. Patissier avec la bonne foi qui le caractérise.

3° DE L'ÉRYSIPÈLE OEDÉMATEUX.

Érysipelas œdematodes, Bateman; œdème érysipélateux de quelques auteurs.

Cette maladie déjà connue de Galien, Forestus, Plater, Franck, Cullen, et la plupart des chirurgiens du moyen-âge, n'est autre chose que l'érysipèle ordinaire actuellement établi dans une peau, sur un tissu cellulaire sous-cutané plus ou moins infiltré de sérosité dans leurs aréoles.

Boyer : « Dans l'érysipèle œdémateux, l'œdème ou l'infiltration séreuse est la maladie primitive, principale, et l'inflammation érysipélateuse qui vient se joindre à cette maladie ne doit être regardée que comme une complication, ainsi le nom d'œdème érysipélateux conviendrait mieux à cette affection composée que celui d'érysipèle œdémateux; au reste, cette inflammation érysipélateuse qui survient à l'œdème est en général très-fâcheuse et dégénère presque toujours en gangrène. » (*Loc. cit.*, p. 8.)

Bateman : « *Érysipelas œdematodes*. Cet érysipèle est moins violent que l'*érysipelas phlegmonodes*; la tumeur s'élève et s'étend d'une manière progressive, sa rougeur moins prononcée se transforme en une couleur d'un jaune brun, la chaleur qui l'accompagne et les symptômes locaux sont moins intenses, la surface cutanée est unie et brillante, et si on la comprime fortement avec le doigt, un léger enfoncement se fait remarquer pendant un court intervalle de temps. Les phlyctènes qui sont plus petites, moins élevées et plus nombreuses que dans la première espèce, ont lieu le troisième ou le quatrième jour. Elles sont remplacées, après deux ou trois jours, par des croûtes minces, d'une couleur foncée, ressemblant, quant à l'aspect, à celle de la petite-vérole confluente..... Cet érysipèle est très-dangereux lorsqu'il attaque la face. » (*Loc. cit.*, p. 170.)

Chomel et Blache : « L'érysipèle œdémateux est celui qui se manifeste sur une partie affectée d'œdème; on l'observe spécialement sur les membres inférieurs et sur les parties extérieures de la génération, le scrotum et les grandes lèvres. Au début, la couleur de la peau ne change point, cette membrane devient seulement tendue et luisante, chaude et très-sensible au moindre contact, et conserve l'impression du doigt; cet érysipèle se dissipe quelquefois en peu de jours, et peut ne pas offrir plus de gravité que l'érysipèle qui survient dans des parties saines; mais dans un certain nombre de cas il en est autrement, les douleurs deviennent vives, la peau livide, blafarde, l'épiderme se décolle ou est soulevé par la sérosité, une suppuration abondante ne tarde pas à s'établir profondément, des eschares se forment en divers endroits de la peau, et, dans la plupart des cas, la mort termine cette affection au bout d'un temps qui varie. » (*Loc. cit.*, p. 226.)

Rayer : « Rien n'est plus commun que de voir l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané survenir dans la dernière période de l'érysipèle simple ou du premier degré de l'érysipèle phlegmoneux; c'est un phénomène constant dans l'érysipèle des bourses ou des paupières, mais on a donné plus spécialement le nom d'*érysipèle œdémateux* à ceux dans lesquels la tumeur formée par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, développée d'une manière lente, progressive, offre la résistance de l'œdème et de l'emphysème, au lieu de la tension de l'érysipèle phlegmoneux. La peau unie et brillante, comprimée avec le doigt en conserve long-temps l'impression; rarement voit-on des bulles accidentelles sur la peau, et lorsqu'il en existe, plus petites et moins élevées que dans les érysipèles simples et phlegmoneux, elles apparaissent du troisième au cinquième jour à compter du moment de la formation

de la tumeur, se rompent et sont remplacées par des croûtes minces et peu étendues. » (*Loc. cit.*, p. 151.)

Prédispositions. Causes. — L'érysipèle œdémateux affecte plus particulièrement les enfants nouveau-nés, faibles, bouffis, chétifs, entourés des conditions de l'indigence et de l'incurie ; les vieillards cacochymes, dont la constitution est usée par la débauche, les passions tristes ou des maladies antérieures, atteints de maladies des voies urinaires, surtout d'incontinence ; les femmes, après l'âge de retour lorsqu'elles portent des maladies organiques de l'utérus ; les jeunes filles chlorotiques, les tempéraments lymphatiques, les sujets scrophuleux, scorbutiques, etc. Il se manifeste particulièrement dans les lieux où l'enveloppe dermoïde est très-fine et le tissu cellulaire sous-cutané filamenteux et lamelleux en grande quantité, tels que le scrotum, les grandes lèvres, les paupières, etc. ; dans les parties où la déclivité rend le retour des fluides circulatoires plus difficile, aux pieds, aux jambes, par exemple, qui sont bien plus souvent affectés que la face, les membres thoraciques, etc. Les causes varient suivant que la maladie commence par l'érysipèle ou par l'œdème. Dans le premier cas, toutes les irritations superficielles de la peau dans une partie, chez un sujet disposé à l'œdème et notamment la malpropreté, le contact habituel des urines, le frottement de la peau contre la peau, comme on le voit fréquemment chez les sujets très-gras au pli des aînes, entre les parties génitales et les cuisses, sous les seins chez la femme, etc. Dans le second cas, la seule distension éprouvée par la peau qui recouvre un œdème sous-jacent peut en devenir l'occasion. Nous avons vu bien des exemples de cette maladie que plusieurs auteurs ont nommée *érysipèle par distension*. Sur ces mêmes parties œdémateuses, toutes les irritations cutanées et surtout assez fréquemment les mouchetures pratiquées pour effectuer l'écoulement de la sérosité, les topiques rubéfiants employés dans telle ou telle intention, etc.

Symptômes, etc. — Quelque soit le point de départ de cette maladie composée, lorsqu'elle est une fois établie, ses caractères sont faciles à saisir : rougeur peu foncée, plus souvent même d'un rose pâle; distension, aspect luisant de la peau dont tous les plis ont disparu, surface lisse au toucher, rarement très-douloureuse, plutôt sentiment de pesanteur, quelquefois cependant la douleur est assez vive ; tumeur plus ou moins étendue, irrégulièrement circonscrite, mais offrant beaucoup plus de relief que celle de l'érysipèle ; en l'examinant en opposition avec une lumière on y voit une semi-transparence quelquefois très-marquée, surtout au scrotum; en comprimant les parties enflammées, la rougeur disparaît plus lentement, ne se reproduit qu'après un temps assez long, pendant lequel cette partie conserve l'impression du doigt. En général peu d'accidents constitutionnels, rarement de la fièvre, à moins que l'érysipèle n'occupe une grande étendue chez un sujet irritable. Quelquefois en même temps diarrhée, anorexie, épuisement organique. La forme phlycténoïde est rare dans cette variété ; lorsqu'elle se manifeste, les vésicules sont communément plus petites, plus aplaties ; elles se déchirent aussi avec plus de facilité, en formant des crevasses par lesquelles s'écoule une assez grande quantité de sérosité jaunâtre ou légèrement sanguinolente. Chez quelques sujets, nous avons vu ces évacuations devenir très-abondantes, surtout au scrotum, aux membres pelviens, et produire momentanément un dégorgement très-marqué. La résolution peut encore terminer cette espèce d'érysipèle surtout lorsque l'altération a débuté par l'inflammation cutanée ; dans l'hypothèse contraire, une suppuration de mauvaise nature, la gangrène de la peau, la fonte, le délabrement du tissu cellulaire affecté, l'épuisement et la mort du sujet au milieu des circonstances de l'asthénie ou de l'hétisie en deviennent assez fréquemment le résultat.

Traitement. C'est particulièrement dans cette variété que la position, les compressions méthodiques, les réfrigérents toniques, astringents, les onctions mercurielles, secondées par l'emploi du régime, des ferrugineux, du quinquina, des diurétiques, doivent trouver leurs utiles applications. — Les saignées, les sangsues, les topiques émollients ne doivent jamais entrer dans la règle, et peuvent seulement être admis dans quelques exceptions où les circonstances relatives à l'hypérémie du sujet, à la violence de l'inflammation en feraient naître l'indication positive. Les vésicatoires nous paraissent trop dangereux sur *l'érysipèle œdémateux proprement dit*, pour que nous puissions les admettre au nombre des moyens rationnels. Appliqués sur des membres œdémateux, sur les pelviens particulièrement, nous les avons vu trop de fois amener la gangrène pour les conseiller dans cette même altération, à laquelle vient s'ajouter une phlegmasie susceptible de rendre cet accident plus désastreux ; cependant, pour être juste, nous citerons le fait suivant rapporté par M. Patissier, et qu'il invoque en faveur du vésicatoire, conseillé par lui dans l'érysipèle œdémateux. Les détails de l'observation prouveront d'ailleurs si ce fait appartient bien nettement, d'après l'opinion générale, à la maladie dont nous venons d'esquisser les caractères.

Obs. XIX. — Casservet, Madeleine, âgée de 48 ans, ayant éprouvé, le 10 mars 1815, des frissons avec chaleur, malaise, fut atteinte d'un gonflement au bras droit. Le quatrième jour, la malade voyant que l'inflammation augmentait de plus en plus, entra à l'Hôtel-Dieu ; alors le bras droit présentait une tuméfaction considérable, plutôt œdémateuse

qu'inflammatoire, conservant l'impression du doigt, d'un rouge pâle, et ne faisant ressentir que peu de douleur; en même temps, symptômes d'embarras gastrique. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha, qui pendant la journée déterminent des vomissements de matière bilieuse. — Deuxième jour, point de diminution dans le gonflement du bras. Un large vésicatoire est appliqué au centre de l'inflammation. — Troisième jour, celle-ci est presque entièrement tombée. On fait suppurer le vésicatoire, et au bout de cinq jours, le bras malade avait recouvré son volume ordinaire et l'exercice de ses mouvements. — Huitième jour, prescription d'un cathartique pour combattre quelques symptômes d'embarras intestinal. — Douzième jour, la malade sort de l'hôpital complètement guérie. (*Loc. cit.*, p. 30. *Clinique de* Dupuytren.)

Obs. XX. — Mademoiselle R..., âgée de 18 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate, lingère, avait éprouvé à 16 ans une première menstruation difficile, et qui depuis cette époque ne reparut plus. La chlorose et la bouffissure générale s'établirent alors d'une manière bien prononcée, toutefois avec une coloration rosée de la face qui simulait, surtout quand la malade était animée, un certain aspect de fraîcheur et de santé. Le 21 octobre 1828, étouffements, palpitations, imminence de syncope, anxiété, gonflement du tiers supérieur de la cuisse gauche avec teinte rosée de la peau, tension luisante, sensibilité assez vive, semi-transparence, empâtement au toucher, mais avec un peu plus d'élasticité que dans l'œdème ordinaire; cette rougeur disparaît par la pression, et se reproduit avec lenteur; elle s'étend progressivement vers le genou. Léger mouvement fébrile, langue humide, large et décolorée. Repos, situation horizontale du membre, linges trempés dans l'eau végéto-minérale froide, compression légère et méthodique du pied, de la jambe et de la cuisse au moyen d'un bandage roulé. Infusion de matricaire, potion de quatre onces avec douze grains de poudre de sabine; soupes. — 22, l'érysipèle œdémateux n'a pas fait de progrès; il est à peu près stationnaire; les symptômes généraux ont disparu, la maladie semble actuellement locale. Même prescription. — 23, progrès de la résolution, diminution marquée du gonflement, la compression n'agit plus, renouvellement des bandes, les arrosements sont toujours continués avec soin. — 24, retour de la cuisse gauche à l'état normal, desquammation très-faible. Cette jeune malade conserve encore son état chlorotique pendant deux mois; il disparaît enfin, et les règles s'établissent par l'emploi combiné des ferrugineux, du régime et des bains de mer.

Obs. XXI. — « M. Le F***, prêtre, âgé de 63 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, adonné à la bonne chère, éprouva au mois de février 1823 les premiers symptômes d'une ossification des valvules mitrales. Nonobstant les soins les plus réguliers et les plus assidus, cette grave maladie fait des progrès et vers la fin d'avril 1825, il existait pâleur, bouffissure de la face, amaigrissement notable des membres thoraciques de la partie supérieure du tronc, œdème assez marqué du bassin et des membres pelviens, dont le volume est considérable surtout aux pieds, aux jambes, au tiers inférieur de la cuisse. Le 12 mai, distension de la peau, qui devient rosée, luisante, surtout aux jambes et plus spécialement à la droite. Établissement d'un vaste érysipèle œdémateux, qui comprend toute cette partie, s'étend au pied. Application de linges trempés dans l'eau végéto-minérale froide, compression méthodique.

13. L'érysipèle a presque entièrement disparu. Mêmes applications.

14. Le gonflement est sensiblement diminué, la peau reprend ses caractères naturels, en conservant seulement un peu d'empâtement. La compression est continuée sur les deux membres pendant huit à dix jours et n'empêche pas les progrès du gonflement œdémateux.

17 juin. Retour de l'érysipèle à la jambe gauche; nous employons les mêmes moyens, ils semblent augmenter l'oppression et la fluctuation abdominale (car il existe actuellement ascite); nous y renonçons.

20. Petites vésicules du volume d'un grain de chenevis récentes et remplies d'une sérosité roussâtre. Elles s'ouvrent sur le pied, vers le milieu de la jambe gauche : écoulement d'une grande quantité de sérosité qui, pendant huit jours, mouille plusieurs serviettes. Le malade succombe le 25 juillet aux progrès de la maladie du cœur.

Obs. XXII. — M. F***, tanneur, âgé de 60 ans, tempérament sanguin, teint fortement coloré, d'une bonne constitution, éprouve tous les symptômes d'une miélite chronique avec affaiblissement dans les membres pelviens, œdème des pieds et des jambes, s'étendant jusqu'aux genoux et rendant la flexion du jarret tellement difficile que le malade ne peut s'asseoir qu'avec peine.

20 août 1835. Double érysipèle à ces parties, plus fort du côté gauche, avec tension, dureté de la peau, gonflement considérable des jambes et des pieds, peu de sensibilité à la pression, point de symptômes généraux, arrosements avec l'infusion de seconde écorce de tilleul, compression méthodique; diurétiques, un laxatif tous les quatre jours. Dès le troisième, disparition à peu près entière des érysipèles; diminution de l'œdème, le malade néglige la compression, l'érysipèle reparaît, elle est reprise avec soin, nouveau succès. Nous conseillons de porter constamment des bas lacés, le malade qui, depuis long-temps, ne quittait plus son fauteuil, marche actuellement avec facilité.

4° ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE.

Nous désignons sous cette dénomination l'érysipèle soit simple, soit phlegmoneux, qui se trouve déterminé par une blessure assez grave pour lui imprimer des caractères particuliers et faire naître des indications spéciales. Depuis long-temps les chirurgiens ont senti l'importance de cette distinction et la plupart en ont traité d'une manière toute spéciale, dans leurs écrits, soit à titre de maladie particulière, soit en l'envisageant comme l'une des complications les plus graves des lésions traumatiques. Aëtius, Paul d'Egine, Oribase, le considéraient comme très-grave surtout à la tête, Hippocrate en portait un pronostic funeste lorsqu'il s'y trouvait répercuté.

Desault : « L'érysipèle, espèce d'inflammation dont le foyer semble dans le plus grand nombre de cas se fixer dans les premières voies, est en général une complication assez fréquente des plaies, surtout dans les grands hôpitaux où le mauvais air, le contact d'une foule de corps malsains, la préparation presque toujours mauvaise des aliments ne contribuent pas peu à produire un état de saburre souvent habituel; mais nulle part l'influence de cette complication n'est plus marquée que dans les plaies de tête: la plupart des blessés l'éprouvent dans une plus ou moins grande étendue et avec des symptômes plus ou moins alarmants. Elle accompagne les plaies produites par des instruments piquants, tranchants et contondants, peut-être plus spécialement les premiers. » (*Loc. cit.*, p. 3.)

Dupuytren : « Les plaies d'armes à feu se compliquent fréquemment d'érysipèle ou de phlegmon diffus, de tétanos, d'hémorrhagie et des divers accidents résultant de la lésion des nerfs, des plans aponévrotiques et celluleux, qui s'enflamment aisément. » (*Loc. cit.*, p. 484.)

Larrey : « L'érysipèle qui survient aux environs d'une plaie, après le quatrième ou le cinquième jour de son invasion, reconnaît nécessairement pour cause essentielle une surexcitation dans le système nerveux et vasculaire des bords et des parois profondes de cette plaie, excitation que produit ordinairement leur réunion trop immédiate, lorsque surtout la division n'est pas simple et uniforme comme celle qui est faite par l'instrument du chirurgien. L'usage des tentes, de l'agaric ou d'autres corps étrangers introduits dans cette solution de continuité, l'application de corps gras, de substances trop irritantes ou même des émollients à une température excessive, le contact de l'air froid et humide, l'état d'attrition et de déchirure des parties lésées ou une affection gastrique, bilieuse, sont autant de causes qui peuvent donner naissance à cette surexcitation. Une fois imprimée sur ces parties lésées et très sensibles, elle occasione, d'une part, la crispation et l'éréthisme des vaisseaux rompus des organes qui doivent produire la suppuration et le dégorgement des tissus enflammés, d'un autre côté, les veines capillaires du cutis, qui, par leur nature et leur situation superficielle, participent moins à cet éréthisme profond, absorbent les fluides épanchés dans la plaie, et les transmettent par une contraction péristaltique et divergente vers la surface extérieure pour produire l'érysipèle traumatique. » (*Loc. cit.*, p. 58.)

Prédispositions. Causes. — Cette variété de l'érysipèle peut se manifester chez tous les sujets, dans tous les âges, sous tous les climats, dans toutes les saisons, dans toutes les conditions de la vie, dans toutes les parties de l'organisme, sous l'influence de toutes les lésions traumatiques. Cependant on l'observe plus fréquemment chez les individus nerveux, et plus spécialement encore chez les jeunes sujets frappés de nostalgie, ou sous l'influence d'une passion ardente. Les hôpitaux de Paris ont offert des exemples nombreux de la première influence en 1814, et de la seconde en 1830. On les observe plus particulièrement encore dans l'âge viril, dans les climats très-chauds, ou bien encore humides et froids, pendant l'été, l'automne, chez les malades épuisés par la fatigue ou détériorés par une mauvaise alimentation, dans les grandes réunions d'hommes, avec toutes les conditions d'insalubrité, avec les plaies ou les opérations qui portent sur la tête, les pieds, les mains, en un mot, sur les parties où la peau très-sensible recouvre des tissus serrés aponévrotiques, etc., enfin, sous l'influence des piqûres, des déchirures, des arrachements ou des lésions effectuées par des instruments imprégnés de matières putréfiées, vénéneuses, etc. A ces prédispositions, à ces causes locales, peuvent se joindre l'état saburral ou bilieux, et surtout certaines constitutions atmosphériques, sous lesquelles presque toutes les lésions cutanées, même les plus simples, amènent immédiatement l'érysipèle traumatique. A tel point, qu'au milieu de ces conditions, qu'il est alors bien important de connaître, et pendant la durée, le chirurgien prudent s'abstient de toutes les opérations qui ne sont pas d'urgence. Outre ces causes en quelque sorte inhérentes aux lésions traumatiques, il en est d'autres qui naissent directement des soins consécutifs donnés à ces lésions. Dans l'ancienne chirurgie, l'emploi si fréquemment abusif des onguents, des baumes, des tentes, des sétons passés dans les plaies, etc., etc., rendait ces causes beaucoup plus ordinaires; aujourd'hui, la négligence dans les pansements, le défaut de connaissances ou d'habileté du chirurgien pour modifier les accidents traumatiques de manière à prévenir la complication que nous étudions, sont presque les seules occasions, sous ce dernier rapport, qui puissent donner naissance à l'érysipèle traumatique. Nous verrons par quels moyens on peut les éviter.

Symptômes, etc. — Lorsqu'un érysipèle trauma-

tique doit se manifester dans une partie, siége d'une plaie par exemple, il est presque toujours facile d'en prévoir le développement au changement que celle-ci présente. Les bords de cette plaie se boursouflent, prennent la teinte violacée, la suppuration y devient séreuse, ou même se supprime complètement. Une douleur d'abord obtuse, ensuite vive et cuisante, s'y fait sentir, un empâtement légèrement œdémateux se manifeste à sa périphérie, la peau voisine rougit et s'enflamme progressivement en partant de ce point central, presque toujours en même temps l'altération, l'anorexie, les frissons, la fièvre, l'insomnie se manifestent. Il n'est pas rare d'observer en même temps des symptômes hépatiques dont la liaison aux accidents que nous venons de signaler est aujourd'hui mieux interprétée qu'autrefois. Si la maladie fait des progrès, elle peut, en prenant les caractères, soit de l'érysipèle, soit du phlegmon diffus, en parcourir toutes les phases avec des chances de résolution d'autant moins grandes qu'il existe alors une cause permanente plus ou moins grave d'irritation, surtout quand les plaies sont profondes, irrégulières, envenimées, etc., c'est précisément à cette modification spéciale que l'érysipèle traumatique doit ses caractères particuliers, et que le chirurgien est forcé d'arrêter son attention dans l'emploi des moyens appropriés à son traitement.

Les terminaisons les plus ordinaires chez les sujets très-défavorablement disposés, ou dans des circonstances qui ne permettent pas de faire cesser l'influence traumatique, sont la gangrène, les suppurations intarissables du phlegmon diffus, l'épuisement progressif du sujet, ou les désordres consécutifs à la phlébite suppurative, qui vient assez fréquemment compliquer ce genre de lésion.

Traitement. — Dès qu'apparaissent les premiers symptômes de l'érysipèle traumatique, toute l'attention doit se porter sur les conditions de la plaie. Existe-t-il des étranglements, il faut les faire cesser immédiatement par des débridements appropriés; des corps étrangers, les extraire avec le moins d'irritation possible; une stagnation du pus, en favoriser l'écoulement par des contre-ouvertures, ou bien encore en agrandissant, en régularisant celles qui existent déjà, etc. Si le sujet est fort, dans des conditions d'hypérémie, débuter par une ou plusieurs saignées du bras, ensuite faire des applications de sangsues à quelque distance de la plaie. Lorsqu'il existe beaucoup d'irritation, de sensibilité dans celle-ci, les meilleurs topiques sont les cataplasmes émollients que l'on peut quelquefois, avec avantage, rendre faiblement narcotiques. Si l'inflammation est encore à son début, on pourrait quelquefois la faire avorter par les réfrigérents, mais il ne faut plus y compter avec autant de confiance que dans les érysipèles sans lésion traumatique. La compression, le vésicatoire, les onctions mercurielles, n'ont plus ici les avantages que nous avons reconnus à leur emploi, dans plusieurs autres variétés. Si le fer incandescent a compté quelques succès dans le traitement de l'érysipèle traumatique, ce n'était pas assurément lorsque l'intensité de l'inflammation dictait des indications fondamentales, mais dans des cas d'asthénie, de tendance à la gangrène, etc., où l'on avait besoin de concentrer les accidents et de réveiller l'excitabilité des tissus; lorsque ces indications se présentent de même que des caractères généraux d'adynamie ou d'ataxie, on les combattra par le quinquina, les autres amers, les alcooliques affaiblis, les antiseptiques locaux et généraux, en se conduisant d'après les règles établies; il en sera de même sous le rapport des situations les plus favorables à donnez aux parties lésées, et de la fréquence des pansements, qui devront toujours être faits avec propreté, soin et régularité. — Les complications saburrales et bilieuses devront être combattues surtout par les acidules et les laxatifs; les vomitifs pourront quelquefois être employés, mais il faut en redouter les abus.

Obs. XXIII. — Boyer, âgé de 27 ans, ouvrier maçon, jouant avec un de ses compagnons, le terrassa; celui-ci se fâcha, et lui mordit le petit doigt de la main gauche. La douleur fut très-vive, et il s'écoula beaucoup de sang. Cette douleur persista, et le lendemain il était survenu une tuméfaction qui s'étendit bientôt à la main, puis à l'avant-bras.

Dix jours après, époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le bras gauche présentait un volume plus que double de son volume naturel; la peau en était chaude, fortement tendue, douloureuse. Le petit doigt offrait, à sa face antérieure, une petite plaie transversale qui intéressait la peau, le tissu cellulaire, la gaîne tendineuse, et de laquelle s'échappait une petite quantité de pus blanchâtre. On trouve une fluctuation obscure dans la paume de la main. On y pratique une incision longitudinale, d'où s'écoule une assez grande quantité de pus. Le membre est placé dans la demi-flexion sur un oreiller, et couvert de cataplasmes émollients. Mais outre ces symptômes locaux, il y a une fièvre très-forte, le pouls est rapide, la respiration précipitée, la peau chaude, couverte de sueur, la face animée, les yeux larmoyants. (Large saignée au bras, boissons adoucissantes, diète rigoureuse.)

Le douzième jour de l'accident, deuxième de son entrée à l'hôpital, le malade est beaucoup mieux. Les symptômes d'étranglement et les symptômes généraux sont en partie calmés. Il s'est fait pendant la nuit une ouverture assez large sur le bord cubital de la main. Mais la partie supérieure de l'avant-bras étant toujours tendue et douloureuse, on y applique trente sangsues. (Bains locaux, cataplasmes.)

Le quinzième jour, il existe une fluctuation très-marquée vers la tête du radius. On pratique

une large incision dans laquelle on place une mèche après la sortie du pus. La fièvre est complètement disparue.

Le dix-septième jour, on remarque avec peine que la malade a quelques coliques et un léger dévoiement, complication toujours fâcheuse dans ces sortes de cas. (Demi-lavements émollients avec addition de huit gouttes de laudanum de Sydenham dans chacun, eau de riz gommée pour boisson.)

Au bout de huit jours, les symptômes d'irritation intestinal avaient cessé, la suppuration était toujours de bonne nature, mais l'inflammation continuait à faire des progrès, et le vingt-neuvième jour on fut encore obligé de pratiquer une ouverture à la face interne et moyenne du bras pour vider un foyer purulent. Plus tard, un autre petit abcès fut encore ouvert à la partie antérieure de l'avant-bras. Néanmoins, à partir de cette époque, la santé se rétablit promptement, et la guérison était complète moins de deux mois après l'accident. (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 307.)

Depuis l'année 1819, nous avons eu l'occasion d'observer sur trois malades avec quelle facilité ces morsures, faites par l'homme en colère, amènent promptement l'érysipèle phlegmoneux avec des symptômes locaux et généraux dont la marche est d'une effrayante rapidité. Au nombre de ces trois malades, un jeune militaire de la plus belle constitution, mordu au doigt indicateur par l'un de ses camarades en fureur, bien que soumis au traitement le plus méthodique, succomba dès le troisième jour au milieu des accidents d'un délire continuel et de l'imminence gangréneuse dans la main, le bras et l'avant-bras. Une telle gravité dans ces érysipèles traumatiques tiendrait-elle seulement aux circonstances morales de la blessure, à ses caractères de plaie par déchirement, ou bien la salive du sujet qui la produit aurait-elle acquis chez cet individu furieux quelques-uns des caractères vénéneux qu'elle présente chez les animaux enragés? nous soulevons cette question sans avoir les éléments suffisants à la solution du problème.

Obs. XXIV. — Marie Framay, âgée de 60 ans, vient à l'Hôtel-Dieu, le 7 septembre 1789, avec un érysipèle à la jambe gauche. La langue était chargée et humide, la bouche amère et le pouls un peu fébrile; on lui fit prendre un grain d'émétique, qui produisit une évacuation abondante de matières bilieuses. Malgré ce moyen, continué pendant les trois premiers jours, l'érysipèle s'étendit sur toute la partie postérieure de la jambe. On aperçut alors près de la malléole interne, la cicatrice d'une ancienne plaie prête à se rouvrir. Cette circonstance fit changer le traitement. On enveloppa toute la jambe d'un cataplasme émollient, sans cesser l'administration de l'émétique. Une légère suppuration s'établit à la plaie, l'érysipèle diminua sensiblement, disparut le douzième jour, et la plaie fut fermée quelques jours après, par une cicatrice solide. (Desault. *Loc. cit.*, p. 591.)

Obs XXV. — Belardant, tempérament nerveux lymphatique, taille moyenne, constitution assez délicate, souvent affecté d'inflammation du côté de l'appareil respiratoire, âgé de 52 ans, menuisier, portait à la jambe gauche, depuis 5 ou 6 mois, une sorte d'escarre sèche résultat d'une excoriation effectuée sur ce membre par l'action d'une pièce de bois tranchante à l'un de ses angles. Cette escarre occupait la partie postérieure et le tiers moyen de la jambe. Le premier novembre 1828, un médecin, consulté pour des douleurs développées dans cette partie, la fait recouvrir d'un emplâtre prétendu fondant. — 2. Érysipèle très-intense sous l'emplâtre et dans les parties circonvoisines : application stimulante, mais dont le malade ne peut pas bien nous déterminer la nature. Aggravation de tous le symptômes auxquels on n'oppose aucun traitement rationnel jusqu'au 17, époque à laquelle on transporte le malade à l'hôpital du Mans, dans l'état le plus déplorable. — Sur la jambe gauche, destruction de toute la peau, d'une grande partie de tissu cellulaire, larges décollements qui s'étendent vers la cuisse en offrant de vastes lambeaux gangréneux inégalement frangés, dénudation et dissection de tous les muscles superficiels jusque dans leurs interstices. Toutes ces parties sont baignées par un pus abondant, floconneux, grisâtre, sanieux; langue sèche, face décharnée, œil fixe, pouls misérable, fréquent, irrégulier; voix faible, éteinte et caverneuse; sueurs nocturnes; dévoiement colliquatif. Il est évident que le sujet ne peut survivre à tant de causes d'un épuisement déjà très-avancé; cependant voulant mettre de son côté le peu de chances de succès qui restent, nous enlevons tous les lambeaux entièrement gangrenés; des pansements réguliers sont faits et les pièces d'appareil arrosées avec le chlorure de soude. Nous soutenons les forces du sujet par le régime et les médications appropriées. Pendant deux ou trois jours un peu d'amélioration, mais bientôt l'épuisement fait de nouveaux progrès et la mort survient, le 28, après plusieurs jours d'agonie, par une extinction lente et graduée, nous fournissant une preuve de la gravité de l'érysipèle traumatique et du danger des applications intempestives sur les plaies même d'abord assez légères.

A l'instant où nous rédigeons cet article, un Mémoire inséré dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, par M. Cabissol (février 1836, p. 322), arrive à notre connaissance. Ce Mémoire étant relatif au traitement de l'érysipèle, par le *coton écru*, nous en indiquerons les passages les plus saillants, sous le point de vue de cette médication particulière. « Le coton écru qu'une proscription presque générale en France, bannissait du

traitement des plaies, est reconnu aujourd'hui comme le moyen le plus efficace dans les brûlures, depuis que les expériences d'Anderson à l'hôpital du Glascow, ont appelé l'attention des praticiens sur cette propriété du coton. Il n'est aucun médecin qui n'ait eu à constater les effets toujours constants de cette substance.... Des observations nombreuses nous ont prouvé que le coton calme instantanément la douleur, autant dans les lésions superficielles de la peau, que dans celles qui, pénétrant profondément, occupent toute l'épaisseur du derme..... Frappé de l'efficacité du coton dans les brûlures, et se basant sur l'analogie évidente qui existe entre l'inflammation de la peau, produite par un corps incandescent, et celle que la nature provoque à la périphérie dans l'érysipèle, M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine, essaya le coton dans cette dernière maladie, et ce sont les résultats constamment heureux qu'il en retire chaque jour, qu'il nous a permis de livrer au monde médical.... Ces résultats ne doivent point étonner, si, comme le pense M. Reynaud, le coton n'agit qu'en provoquant sur la partie malade une chaleur douce, une sorte de bain de vapeur, qui y entretient une température toujours égale, une humidité convenable, en privant la partie malade du contact de l'air et de la lumière, puissants excitateurs du système cutané. Le coton ne suffit pas dans tous les cas, il ne dispense pas plus que les autres topiques, des moyens généraux, mais il leur prête un très-grand secours, il favorise, il hâte la résolution, et lorsque cette heureuse terminaison n'a pu avoir lieu, il sert encore à borner l'inflammation, à en arrêter les progrès en la circonscrivant dans les limites que le médecin veut bien lui imposer..... La manière d'appliquer le coton est très-simple: on choisit du coton écru bien cardé..., on en applique une couche assez épaisse, pour priver la partie malade du contact de l'air et de la lumière, en ayant soin que le coton dépasse, de quelques pouces, les bornes de l'érysipèle. Une compresse et quelques tours de bande, simplement contentifs, maintiennent l'appareil.... On l'enlève toutes les vingt-quatre heures, pour juger de ses effets, ou bien on le laisse pendant toute la durée du traitement, s'il n'y a pas d'indication contraire. Si le coton adhérait trop fortement à la peau dans les cas où il y a un peu de suintement, on le détacherait en appliquant par dessus un cataplasme émollient. »

Il est aisé de voir que l'auteur conseille ce moyen, non-seulement dans l'érysipèle traumatique, mais dans les autres variétés de cette maladie. Suivent quatorze observations d'érysipèles différents à la face, aux jambes, miliaire, phlegmoneux, gangréneux et traumatique. Nous rapporterons seulement cette dernière comme propre à la spécialité que nous étudions.

Obs. XXVI. — « Estouin, François, gardien dans l'arsenal, déjà avancé en âge, entre à l'hôpital le 26 février 1833. En voulant sauter un fossé rempli de chaux en ébullition, son pied a glissé, il est à demi tombé dans ce fossé, et les avant-bras, ainsi que les membres abdominaux ont été brûlés. Des onctions avec la pommade de Delpech sont faites sur toutes les parties atteintes. Après quelques jours de ce traitement, une rougeur érysipélateuse se manifeste sur tous ces points, et la réaction est si forte que la fièvre s'allume et nécessite les saignées générales. On applique du coton d'abord sur la jambe droite, quelques jours après sur le membre abdominal gauche, enfin, en dernier lieu, sur les avant-bras. Dans ces expériences, on a toujours vu la douleur se calmer après quelques heures, le gonflement, la rougeur, diminuer et disparaître en peu de temps sur les parties recouvertes de coton, tandis que ces symptômes persistaient sur celles que l'on pansait d'après la méthode ordinaire. — D'après cette observation, on a pu suivre pas à pas l'action du coton ; elle est constante en ce que les points recouverts ont guéri beaucoup plus tôt que les autres, et que les souffrances du malade cessaient aussitôt après l'application du coton, tandis qu'elles continuaient sous l'influence des autres topiques (pommade de Delpech et cataplasmes émollients laudanisés). » (*Loc. cit.*, p. 325.)

5° DE L'ÉRYSIPÈLE BILIEUX,

On décrit généralement sous cette dénomination l'érysipèle à teinte flavescente, se manifestant sans cause locale et sous l'influence de ces dispositions morbifiques des systèmes hépatique et gastro-intestinal, désignées sous le titre commun d'*état bilieux*. Nous ferons toutefois observer qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par cette commune dénomination, elle cache en effet quelquefois des dispositions morbides qui tiennent beaucoup plus à l'irritation du système hépato-digestif qu'à la prédominance biliaire. C'est au praticien à bien distinguer les nuances de cet état, afin de ne les pas envelopper dans une thérapeutique uniforme, et qui par cela seul pourrait devenir meurtrière.

Desault: « La première espèce d'érysipèle et la plus simple, est celle que Sauvages et Cullen appellent *erythema*, du nom qu'Hippocrate emploie pour désigner toutes les rougeurs érysipélateuses. Mais ce mot n'est pas général, et le sens qu'on y attache est peu déterminé; il paraît convenable de conserver à cette espèce le nom d'*érysipèle bilieux*, employé par le plus grand nombre des auteurs, non qu'on doive adopter la théorie métaphysique des galénistes, mais parce qu'il semble que ce mot renferme l'idée de la mauvaise disposition des premières voies, l'un des symptômes principaux et celui qui distingue surtout des autres cet érysipèle,

dont les symptômes sont ceux-ci : la tuméfaction est légère, le plus souvent insensible, la peau a une couleur rose, tirant sur le jaune, le sentiment que le malade éprouve est moins une douleur tensive qu'une cuisson douloureuse analogue à celle de la brûlure de l'eau chaude ou des rayons du soleil. Vers l'invasion, souvent plus tôt, l'appétit se perd, la bouche devient amère, la langue est humide et couverte d'un enduit jaunâtre ; il survient des nausées et quelquefois des vomissements de matière bilieuse ; le malade, abattu, éprouve des lassitudes, des douleurs vagues et un sentiment vif de chaleur, sans cependant une grande sécheresse à la peau, ni beaucoup de soif. Souvent la maladie commence par une fièvre plus ou moins ardente, précédée de frisson et accompagnée d'un mal de tête violent. » (*Loc. cit.*, p. 581.)

Boyer : « L'érysipèle peut être compliqué avec une fièvre inflammatoire, une fièvre bilieuse ou une fièvre putride ; alors, aux symptômes qui lui sont propres se joignent ceux de la maladie qui le complique... la complication avec une fièvre bilieuse est marquée par la fréquence du pouls, des nausées, un goût d'amertume, un enduit jaunâtre de la langue, des paroxismes violents, mais réguliers, etc. » (*Loc. cit.*, p. 12.)

Marjolin : « Une seconde espèce d'érysipèle est le bilieux, il est assez fréquent et produit par des causes qui ont agi sur les viscères intestinaux ou sur des organes importants à la vie et qui sont en rapport avec le foie. Il est plus fréquent en été que dans les autres saisons, il peut être occasioné par tous les aliments qui activent la sécrétion biliaire ou qui peuvent irriter le foie, l'estomac, les intestins. Il s'observe encore après des plaies de tête, et ce qui est bien remarquable dans ce cas, il n'y a presque jamais continuité entre la plaie du crâne et l'érysipèle de la face qui en est la suite. Souvent l'une se trouve d'un côté, tandis que l'autre survient du côté opposé. » (*Leçons orales*, 1813.)

Chomel et Blache : « Fréquemment l'amertume de la bouche, la soif, l'enduit jaunâtre de la langue, la couleur jaune de l'urine, la teinte analogue et la chaleur âcre et sèche de la peau, et quelquefois l'évacuation de matières bilieuses par la bouche ou par l'anus caractérisent une des variétés les plus remarquables de l'érysipèle qu'on désigne sous le nom d'érysipèle bilieux. » (*Loc. cit.*, p. 224.)

Prédispositions. Causes.—Tempérament bilieux, moral ardent, ambition, climat chaud et sec, été brûlant, profession sédentaire, sexe masculin, âge viril, alimentation surabondante, salaisons, épices, gibier, viandes faisandées, fromage passé, crudités, eau de mauvaise qualité, vin frelaté, constipation, état hémorrhoïdaire, suppression du flux qui l'accompagne, exposition pendant quelque temps à l'ardeur du soleil, ictère, toutes les influences capables d'amener des perturbations organiques, fonctionnelles, et surtout des irritations dans les appareils hépatique et digestif. Certaines constitutions atmosphériques, etc.

Symptômes.—Il existe presque toujours des phénomènes précurseurs de l'inflammation locale, et ces phénomènes tantôt disparaissent ou diminuent après sa manifestation, tantôt l'accompagnent dans sa durée, lui survivent même quelquefois : anorexie, nausées, amertume de la bouche, langue jaunâtre ou muqueuse, souvent tremblotante, horripilations, malaise, frisson vague, lassitude spontanée, assoupissement, rêvasseries pendant la nuit; chez quelques sujets, pression, constriction pénible vers les tempes, céphalalgie susorbitaire, vive, poignante, insupportable, sans qu'il existe aucun caractère d'irritation encéphalique. Cette douleur est le plus ordinairement sympathique de l'état de l'estomac, aussi des éructations et quelquefois des vomissements l'accompagnent, diminuent son intensité ; quelquefois soif, fatigue d'estomac, douleur épigastrique, chaleur générale, sèche, brûlante, sans rougeur de la peau, coliques, diarrhée bilieuse ou constipation. Après un, deux ou trois jours apparaît l'érysipèle, caractérisé par le peu de gonflement des parties, la rougeur claire et circonscrite par un cercle jaunâtre, la douleur moins vive que prurigineuse, la chaleur âcre sans inflammation bien développée, à tel point que dans certains cas on pourrait se demander s'il n'existe pas simple hypérémie, simple congestion sanguine locale, plutôt que véritable inflammation. Assez souvent, engorgement des ganglions lymphatiques dans le voisinage des parties érysipélateuses, mais sans ces cordons rougeâtres et sans les caractères de l'angioleucite qui complique souvent les érysipèles traumatiques et phlegmoneux. Ces engorgements paraissent ici plutôt le résultat d'une simple excitation sympathique. — Dans les cas ordinaires, les symptômes locaux ont acquis tout leur développement du second au cinquième jour. La marche est presque toujours *progressive*, surtout à la face, et si l'on excepte ce dernier siége, l'érysipèle bilieux n'offre pas communément beaucoup de gravité ; presque toujours il se termine par la résolution, même sans les secours de l'art. L'urine, pendant le cours de l'altération est souvent rare, jaune et safranée; elle augmente vers la fin quelquefois de manière à constituer un moyen critique, mais ce bénéfice de la nature s'effectue plus communément par les selles. Il survient rarement du délire, excepté dans les érysipèles de la face.

Traitement. — Dans cette variété le traitement local offre bien peu d'importance et c'est surtout alors que les parties affectées supportent mal presque toutes les applications topiques.

L'expérience a prouvé depuis long-temps que ces applications restent le plus souvent sans effet pour modifier le cours de l'inflammation érysipélateuse, qui d'ailleurs offre bien rarement des acci-

dents à redouter tant qu'il n'existe pas de complication étrangère à la maladie. Si dès-lors on peut mettre en usage quelques lotions avec les infusions de mélilot, de tilleul, etc., des onctions avec l'axonge, la crême de limaçon, la pommade de concombre, etc., c'est beaucoup moins à titre d'antiphlogistiques et comme agents de curation que dans le but d'alléger la chaleur, la douleur et le prurit plus ou moins insupportables des parties affectées. — Faut-il, dans cette variété, recourir aux onctions mercurielles, aux réfrigérents, etc., etc.? Nous ne le pensons nullement; nous voyons bien les inconvénients de ces médications, mais nous n'en sentons pas les avantages : nous attendrons, pour les conseiller, que l'expérience en ait suffisamment justifié l'application. — Le traitement essentiel doit donc porter ici particulièrement sur la cause intérieure : les vomitifs et les purgatifs s'offrent dès-lors tout naturellement au praticien. Mais, nous devons le dire, ces moyens, employés sans discernement, peuvent offrir des inconvénients graves, et l'on a trop souvent procédé sans examen de la manifestation d'une cause bilieuse à leur emploi. Les vomitifs surtout ne doivent être mis en usage que dans le cas d'embarras gastrique bien déterminé, sans complication inflammatoire des appareils hépatique et digestif, sans tendance à la congestion cérébrale. Lorsque l'indication que nous venons de préciser existe, un vomitif enlève quelquefois merveilleusement et ces violentes céphalalgies que nous avons signalées, et l'érysipèle lui-même, en le faisant en quelque sorte avorter dans son développement. Nous en avons observé des exemples assez nombreux, et Stoll surtout paraît avoir tiré le plus grand parti de cette médication dans les circonstances particulières que nous venons de préciser; mais, dans la plupart des cas, il ne faut pas procéder ainsi. — Le malade est-il pléthorique, l'inflammation locale assez intense, lors surtout qu'elle siége à la face, on doit débuter par une ou plusieurs saignées du bras, et s'il est ensuite nécessaire, effectuer des applications de sangsues à distance du point érysipélateux; nous les avons souvent placées avec avantage au siége même sans complication hémorrhoïdaire, pour des érysipèles de la tête. — Pendant les premiers jours: repos au lit, diète, bouillon de viandes blanches, boissons légèrement acidules ou gommeuses, mucilagineuses, amylacées, suivant la susceptibilité gastro-intestinale. Lavements émollients. — Vers le troisième ou quatrième jour, si les accidents persistent avec embarras gastrique déterminé : vomitifs; dans l'hypothèse contraire, et s'il existe complication : purgatifs, en ne supposant aucune contr'indication dans l'emploi de ces moyens. — Lorsque la desquammation est achevée, avant de rendre au malade ses aliments habituels : nouveau purgatif; et pendant quelques jours, suivant les dispositions digestives : infusions amères, eaux de Vichy, de Seltz, de Sedlitz, etc. — Nous ne parlons pas ici du traitement des complications : il varie suivant ces dernières, et rentre dans les généralités.

Obs. XXVII. — Au commencement de l'automne, un forgeron entra à l'hôpital; il disait éprouver depuis six jours plus de chaleur qu'à l'ordinaire avec de légers frissons de temps en temps, des lassitudes, des envies de vomir, du dégoût. La joue gauche et la partie située au-dessous de l'œil s'enflèrent et devinrent douloureuses par un érysipèle; la douleur l'empêchait de remuer la tête; il avait la bouche amère, la langue muqueuse, jaune et villeuse. Ayant fait usage de fondants salins, de beaucoup d'oxymel, et ayant pris ensuite un éméto-cathartique, il rendit par le vomissement et par les déjections une pituite amère, très-abondante; il fut bientôt soulagé. Le ventre étant resté libre et les déjections très-fréquentes, il se rétablit en peu de temps. Je n'appliquai rien sur l'endroit douloureux. On peut voir, par cette histoire d'érysipèle et par d'autres que je crois inutile de rapporter, quelle était la cause de la maladie, ainsi que la méthode qui lui convenait. (Stoll, *loc. cit.*, p. 303.)

Obs. XXVIII. — Ad. Goyde, âgée de 27 ans, d'un tempérament bilieux, à la suite d'un grand mal de tête, d'une soif ardente avec difficulté de respirer, fut attaquée d'un érysipèle à la partie supérieure de la face et surtout aux paupières qu'elle ne pouvait écarter. A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, elle avait la langue chargée, la bouche amère, un dégoût absolu, des envies de vomir, une chaleur ardente, un pouls plein, dur et fréquent. Les règles, qui parurent alors, obligèrent de retarder l'emploi des moyens curatifs propres à combattre ces accidents. Un grain d'émétique, donné le troisième jour dans une pinte de boisson, procura plusieurs selles bilieuses qui soulagèrent un peu la malade. On réitéra le même remède, et le cinquième jour, la rougeur et le gonflement étaient presque entièrement dissipés. Trois minoratifs, composés d'une once de pulpe de casse, de deux onces de manne et d'un grain d'émétique, qu'on fit prendre les jours suivants, achevèrent la guérison. (Desault, *loc. cit.*, p. 590.)

Obs. XIX. — Au mois d'avril 1683, je fus mandé en grande diligence pour aller voir M. le marquis de Saint-Pierre, lequel, jouissant d'une santé très-parfaite, fut subitement saisi d'un grand frisson, qui dura deux heures et qui fut suivi d'une grosse fièvre, avec assoupissement, rêverie, les lèvres et la langue sèches et toutes rôties. Mon premier soin fut de lui faire une grande saignée, et ensuite de le bien rafraîchir avec de l'eau bien fraîche dans chaque aiguiérée de laquelle je fis mettre un citron coupé par tranches, avec très-peu de sucre; et trois heures après, je lui fis donner un lavement affraîchissant,

avec trois onces de miel violat dans le petit-lait. Je réitérai le soir une saignée de deux palettes seulement. Le lendemain, la fièvre se trouva considérablement diminuée, aussi bien que tous les autres accidents; démangeaison au gras de la jambe droite; je demandai à la voir; je la trouvai tant soit peu tuméfiée et extrêmement rouge, ce qui m'engagea à réitérer la saignée et le lavement, et à lui faire continuer la même boisson, et pour remède topique, un linge en double, trempé dans l'eau de la reine d'Hongrie, que j'appliquai sur la partie malade. Ces remèdes produisirent un si bon effet, que le malade se trouva parfaitement guéri en quatre ou cinq jours, après lesquels je le purgeai avec la rhubarbe et le sel végétal, de chacun un gros, infusé pendant la nuit dans un grand verre d'eau de veau, et le lendemain une once de manne de Calabre en larme, fondue dedans, et coulée au travers d'un linge; et deux heures après cette potion prise, on lui donna un bouillon rafraîchissant. (Lamotte, *loc. cit.*, p. 409.)

6° DE L'ÉRYSIPÈLE TYPHODE.

L'érysipèle typhode, de τύφος, stupeur (*Erysipelas typhodes*, fièvre maligne érysipélateuse, Sauvages; érysipèle ataxique ou malin, Pinel, Chomel, Blache, que l'on pourrait encore appeler miasmatique d'après la nature supposée de la cause qui paraît le produire ordinairement), est celui que caractérise l'irritation ataxique du système nerveux et cet état général de la constitution désigné par le terme de typhus.

Sauvages : « Est febris maligna initio typhodes, deindè biliosa, alternis diebus paroxymum fortiorem, sed unum quotidiè inferens, in quâ cum delirio, summâ virium prostratione tertiâ die erumpit tumor erysipelatosus faciei, vel humerorum, colli, brachii, febre tunc temporis vividâ ardente, quæ primis diebus ex pulsu vix poterat cognosci. » (*Loc. cit.*, p. 420.)

Chomel et Blache : « L'érysipèle qui est joint à un trouble général du système nerveux, offre dans son cours une grande irrégularité, des variations brusques dans son intensité, dans son étendue, des changements rapides dans son siége et de fréquentes métastases sur les organes intérieurs; quelques auteurs l'ont appelé érysipèle malin ou ataxique. » (*Loc. cit.*, p. 225.)

Prédispositions. Causes. — Cette variété peut affecter tous les sujets, se manifester dans tous les lieux et dans toutes les saisons, cependant on l'observe plus communément chez les individus nerveux, très-impressionnables, actuellement sous l'influence des passions tristes et surtout de la nostalgie, dans les hôpitaux, les prisons, les camps, les grandes villes, les pays chauds, humides, les lieux marécageux, etc.

La cause principale en est souvent inconnue dans sa nature, et nous sommes bornés à la désigner par le terme de constitution atmosphérique, d'influence miasmatique, etc., qui donne presque toujours à la maladie le caractère épidémique, mais sans qu'il nous soit possible de remonter à la nature intime de cette cause, et par conséquent de l'attaquer et de la combattre par des moyens rationnels et fructueux. Il n'est pas même toujours facile de faire la part des prédispositions, puisque nous voyons les sujets les plus diamétralement opposés par les conditions d'âge, de sexe, de force, de tempérament, de profession, de genre de vie, d'habitude, etc., être également frappés par cette cause mystérieuse.

Symptômes. — A tous les caractères variés du typhus, des fièvres dites malignes, ataxiques, etc., et que nous ne devons pas retracer ici, viennent se joindre les symptômes particuliers de l'érysipèle, sur lesquels nous insisterons particulièrement. La rougeur est ordinairement terne, quelquefois même violacée, la chaleur peu régulière, tantôt vive, brûlante, prurigineuse, tantôt presque nulle, quelquefois même avec des caractères de stupeur et d'insensibilité; la consistance est pâteuse; chez quelques sujets on observe même des caractères très-rapprochés de ceux de l'emphysème; si des vésicules se manifestent, la sérosité qu'elles renferment est grisâtre, et les phlyctènes en s'ouvrant laissent quelquefois apercevoir des ulcères gangréneux. C'est particulièrement à la marche de cet érysipèle que doit s'arrêter l'attention du praticien. Il survient brusquement et disparaît de même, tantôt pour se porter vers un autre point de la peau (érysipèle erratique), tantôt pour envahir l'un des organes centraux (érysipèle métastatique), ce dernier caractère constitue spécialement la gravité de l'érysipèle typhode, quant aux symptômes locaux. Il peut se terminer par résolution, par métastase, par gangrène, avec des désordres larges et profonds, etc.

Traitement. — C'est particulièrement dans cette variété, qu'il faut considérer la fluxion érysipélateuse comme le moyen critique d'une altération constitutionnelle, et dès-lors ne jamais perdre de vue, que l'indication fondamentale du traitement se trouve renfermée dans ces deux mots, *enchaîner l'érysipèle* à son siége primitif. On conçoit dès-lors que toute méthode répercussive, que la plupart même des topiques antiphlogistiques, doivent être sévèrement proscrits. Soutenir l'état constitutionnel, ordinairement par le quinquina, les autres toniques, par un régime approprié; combattre les symptômes nerveux par les antispasmodiques; se borner à l'expectation locale, si la marche de la fluxion érysipélateuse est régulière, entretenir un état d'excitation suffisante, par les fomentations alcooliques, le quinquina, etc., lorsque l'inflammation faiblit; rappeler énergiquement et promptement cette inflammation à son siége primitif, par

les sinapismes, le cautère transcurrent, mais bien mieux encore par le vésicatoire directement appliqué dans ce lieu, lorsque l'érysipèle a fait métastase vers des organes importants ; combattre les complications inflammatoires qui peuvent se rencontrer, mais alors ne jamais abuser des évacuations sanguines, surtout de la saignée veineuse, abus qui pourrait favoriser la métastase, ou jeter les sujets dans une fâcheuse asthénie : tels nous paraissent être les moyens applicables à la majorité des cas dans l'érysipèle typhode.

Strom (*Mémoire sur l'emploi du ferment de la bière à l'intérieur, dans le traitement de l'érysipèle malin. Nouveaux actes*, t. I. Copenhague, 1818.) cite quatre cas d'érysipèle à la face, accompagnés de symptômes très-graves, dans lesquels ce médicament a paru produire une amélioration très-prompte. Il l'administre mêlé à la bierre sans en préciser la dose.

M. Velpeau (*Lancet. Franç.* 1831, t. V, p. 106) dit avoir obtenu de grands avantages des pilules nitro-camphrées avec association d'un peu d'opium.

Ces moyens particuliers peuvent devenir utiles, appliqués à certaines variétés de la maladie ; mais il ne faut pas les employer sans distinction dans l'érysipèle typhode, comme l'ont bien fait observer les médecins qui les ont conseillés.

Obs. XXX. — Un homme chez lequel a été pratiquée une pupille artificielle, dont les yeux sont en mauvais état, et qui, quoique la pupille ait été bien formée, n'y voit pas du tout, dont l'œil est presque entièrement affaissé, éprouve des douleurs de tête ; il y a probablement affection au cerveau. Ce malade veut qu'on lui applique un vésicatoire de 10 à 12 lignes sous le front ; il est pris d'érysipèle. On le saigne ; les sangsues sont appliquées au cou ; pas de vésicatoires.

Le sixième jour, délire, carphologie, langue sèche ; alors pilules nitro-camphrées ; dès le lendemain, langue moins sèche, moins de délire ; on continue les pilules, et le troisième jour l'érysipèle est considérablement diminué. Le malade guérit.

Obs. XXXI. — Un homme, ayant mal aux yeux, est pris d'érysipèle dont le point de départ fut un séton à la nuque, et qui envahit le cou, la tête, la face, les épaules, la poitrine, les fesses et les cuisses. Il est abattu, a peu d'énergie, une de ses cornées est en fonte purulente, sans signes tranchés d'inflammation aiguë. On n'ose pas employer les anti-phlogistiques, les vésicatoires ne produisent aucun amendement, les purgatifs échouent.

Le dixième jour, l'érysipèle occupe le ventre et les cuisses, le délire ne cesse pas, adynamie. On emploie les pilules nitro-camphrées. Le lendemain, mieux. Continuation.

Le quatrième jour, l'érysipèle disparaît, la langue s'est humectée, nettoyée, l'appétit est revenu ; guérison après une longue convalescence. (*Loc. cit.*, p. 106.)

7° DE L'ÉRYSIPÈLE ASTHÉNIQUE.

L'érysipèle asthénique de : α, σθένος, absence de forces, (adynamique ou gangréneux, Pinel ; *erysipelas gangrenosum*, Bateman ; adynamique, Chomel et Blache ; gangréneux, Broussais.)

Quelques auteurs ont décrit séparément les érysipèles asthénique et gangréneux : mais en considérant les circonstances dans lesquelles se manifeste l'érysipèle gangréneux proprement dit, nous voyons, dans la grande majorité des cas, qu'elles sont précisément celles de l'érysipèle asthénique ; nous craindrions dès-lors, en les isolant, de multiplier sans besoin des variétés déjà très-nombreuses, nous les décrirons sous cette dénomination commune.

L'érysipèle asthénique est celui que caractérise un état général de prostration et d'abattement des forces, un défaut de réaction et d'activité dans la marche de la phlegmasie locale avec tendance manifeste à la terminaison par gangrène.

Broussais : « L'érysipèle gangréneux est rarement primitif et dépend souvent d'une gastrite aiguë ou chronique, les inflammations ordinaires prolongées entraînent toujours un certain degré d'infection de l'économie par la production du pus, l'altération du mucus, etc. » (*Loco citato*, 219.)

Chomel et Blache : « Une autre variété plus rare et très-importante à signaler est l'érysipèle adynamique ; il a pour caractères, d'une part, le groupe de symptômes qu'on rapporte à la fièvre de ce nom ; de l'autre, la couleur violacée, puis livide, noirâtre et comme marbrée de l'érysipèle, une tuméfaction molle, parsemée de phlyctènes, au-dessous desquelles le derme présente une couleur noire. La terminaison par gangrène est ici la plus fréquente.... La gangrène est un accident si rare dans l'érysipèle, qu'elle en forme une variété, plutôt qu'elle ne doit être considérée comme une de ses terminaisons propres. L'érysipèle gangréneux est assez souvent annoncé par une chaleur brûlante et une douleur vive, bientôt on observe une rougeur livide et du gonflement dans la partie sur laquelle se développent de larges phlyctènes ou des taches livides marbrées, dont l'odeur est très-fétide et qui laissent écouler une sanie corrosive. La gangrène porte le plus souvent sur la peau elle-même, elle se montre ordinairement après la rupture d'une phlyctène sous la forme d'une tache blanche, grise ou noirâtre, qui se sépare des parties voisines au bout d'un certain nombre de jours. Si la gangrène porte en même temps sur le derme et sur le tissu cellulaire sous-cutané, les escarres sont plus épaisses et ne se détachent qu'au

bout d'un temps plus long, etc. » (*Loc. cit.*, p. 225 et 226.)

Prédispositions, causes. — Cette variété affecte spécialement les vieillards, les sujets scorbutiques, cacochymes, affaiblis, usés par la débauche, la misère, les maladies antérieures, l'usage des viandes putréfiées, des blés gâtés, des mauvais aliments de toute espèce; les individus frappés de découragement et de nostalgie. On l'observe surtout dans les pays humides et froids, dans les hivers pluvieux, dans les grandes villes, etc. Les influences miasmatiques, les inflammations gastro-intestinales prolongées, enfin ces conditions générales de l'organisme désignées par le terme d'état adynamique, asthénique forment les circonstances les plus ordinaires de son développement. Peut-il être produit par un agent essentiellement gangréneux qui porte dans les parties affectées un principe de mortification inévitable, comme la pustule maligne et le charbon? Quelques auteurs ont semblé l'admettre en formant une variété de l'érysipèle gangréneux. Sans nier absolument la possibilité de cette influence, nous ne trouvons pas encore dans les faits des preuves suffisantes pour en légitimer l'adoption, et jusqu'ici du moins, nous regardons la gangrène comme se liant aux dispositions locales et générales de l'état asthénique. L'action du froid long-temps continuée sur les parties du tissu dermoïde les plus éloignées du centre circulatoire amène fréquemment une sorte d'asthénie locale avec inflammation érysipélateuse généralement connue sous le nom d'*engelures*, et dans laquelle on pourrait peut-être voir une variété de l'érysipèle asthénique sans accidents généraux.

Symptômes. — Aux caractères de l'état asthénique général, connu sous le titre d'asthénie, adynamie, et dont nous ne devons pas faire ici la description, se joignent des caractères locaux qui méritent seuls de nous occuper. La rougeur est toujours foncée, violacée, noirâtre, souvent elle ne disparaît pas sous l'impression du doigt, ou lorsqu'elle s'efface, elle ne se reproduit qu'avec lenteur. La chaleur, quelquefois vive au début, est bientôt réduite à des conditions très-bornées. Il en est de même de la douleur, qui devient ensuite presque nulle, ou fait place à l'insensibilité. La tumeur est peu développée, la consistance molle, pâteuse, assez fréquemment avec œdème profond. Des phlyctènes larges, contenant une sérosité grisâtre ou putrilagineuse, laissent voir en s'ouvrant un fond noirâtre et quelquefois déjà gangréné. — La marche de cette inflammation est chronique, rarement erratique, et lorsqu'elle devient progressive, c'est plutôt par les empiètements de la mortification que par ceux de la phlegmasie. — La résolution est rare, la suppuration toujours de mauvaise nature, accompagnée de profonds désordres, surtout dans l'érysipèle phlegmoneux. La gangrène, avec toutes les conséquences qu'elle peut entraîner, car il est rare qu'elle se borne en pareil cas, offre la terminaison la plus commune de l'érysipèle asthénique.

Traitement. — Il existe un moment insidieux dans le traitement de l'érysipèle adynamique dont le médecin doit être surtout bien prévenu, ce moment est celui de l'invasion et quelquefois toute la première période; souvent alors en effet la maladie s'annonce avec des caractères inflammatoires qui sembleraient exiger l'emploi des émissions sanguines et des autres antiphlogistiques. Si l'on commet la faute grave de répondre énergiquement à cette première indication, l'on ne tarde pas à s'apercevoir, mais trop tard, qu'il ne s'agit ici que d'un effort momentané de l'organisme incapable d'en soutenir les frais, dont le développement est bientôt suivi d'un collapsus proportionné à son élévation, et dont les émissions sanguines ont tellement augmenté les dispositions qu'il est presque toujours impossible d'en réparer les conséquences. — Dans une épidémie qui régna à Caillan en 1750, et décrite par Darluc sous le nom de fièvre putride érysipélateuse, des saignées préparatoires, des vomitifs et des purgatifs administrés immédiatement après, furent considérés comme les moyens les plus efficaces (*Ancien journal de médecine*, par Vandermonde, t. VII, p. 55.) On cite encore plusieurs faits de ce genre, ils ne doivent pas en imposer à l'observateur attentif et les caractères mêmes des altérations prouvent assez que l'on avait affaire plutôt à des érysipèles compliqués d'inflammation hépato-digestive ou d'embarras bilieux avec *oppression des forces* qu'à des érysipèles *essentiellement adynamiques :* tant que cette distinction importante n'aura pas été faite par le pathologiste, son traitement portera nécessairement à faux dans cette variété. — Un air sec plutôt frais que trop chaud, bien renouvelé, le repos, des boissons acidulées que l'on aromatise ou que l'on rend toniques au besoin par l'addition du quinquina, les alcooliques avec discrétion et discernement, le camphre à l'intérieur, la liberté du tube digestif en évitant le vomissement et la diarrhée, les frictions balsamiques; le plus tôt possible, les aliments substantiels en quantité modérée, etc., tels sont les moyens généraux qui doivent constituer la base de ce traitement. — Les applications topiques exigent beaucoup d'attention; dans le premier moment de l'irritation et de la douleur, il faut se garder des applications excitantes et toniques, elles pourraient souvent exagérer ce premier effort de fluxion, rendre la stase du sang inévitable dans les capillaires d'autant plus incapables de s'en débarrasser que la distension joindrait bientôt ses effets à ceux de leur faiblesse actuelle, et qu'il surviendrait alors gangrène par arrêt circulatoire dans les petits vaisseaux, et comme on le disait improprement jadis par excès d'inflammation. Il faut plutôt chercher à tem-

pérer ce premier mouvement sinon par les émollients et les narcotiques dont les effets pourraient être alors nuisibles, au moins par les acides très-étendus et légèrement réfrigérents. Ici la répercussion n'est plus à craindre comme dans l'érysipèle typhode et la résolution ou même l'avortement inflammatoire est le but vers lequel on doit tendre avec ménagement. — Aussitôt que la seconde période arrive les toniques locaux, le quinquina, les fomentations alcooliques, etc., doivent remplacer tout autre moyen. — Si l'inflammation tend à devenir diffuse on peut quelquefois alors en chercher la concentration par les vésicatoires camphrés appliqués seulement pendant une heure ou deux, par le cautère objectif, etc., etc. — Enfin si la gangrène se manifeste, les antiseptiques, surtout les chlorures, les digestifs animés pour favoriser la chute des escarres, les lotions, les fomentations avec l'alcool camphré, des pansements très-réguliers et tous les moyens relatifs à la conduite raisonnée d'une bonne cicatrisation complèteront le traitement local.

Obs. XXXII. — Beauhaire (Charles), âgé de 70 ans, ouvrier cordier, constitution forte, entre à l'hôpital le 30 avril 1835. Cet homme est atteint d'un érysipèle gangréneux, étendu depuis l'articulation tibio-tarsienne du côté droit jusqu'à celle du genou, survenu depuis cinq jours, après une chute que fit le malade, et de laquelle il résulta une petite plaie contuse à la jambe. Dès le lendemain, la progression devint douloureuse et la rougeur érysipélateuse ne tarda pas à se montrer. A son entrée à l'hôpital, elle occupait toute la jambe : d'un rouge livide et brillant à ses faces antérieure et interne, plus pâle à son côté postérieur, elle coïncidait avec un empâtement remarquable qui attestait la participation du tissu cellulaire profond ; la douleur était peu intense; quelques phlyctènes larges et noirâtres se montraient çà et là ; quelques points d'un rouge foncé paraissaient déjà frappés de mortification ; une petite escarre à demi-détachée, occupant le lieu de la contusion, laissait échapper une quantité notable de pus sanieux ; la mobilité de la peau environnante décelait un décollement étendu déjà à plusieurs pouces. — Les symptômes généraux que cet érysipèle fit naître furent assez graves, tant à cause de l'intensité de la maladie, que de l'âge avancé de cet homme. Des bouillons, une tisane adoucissante, quelques purgatifs légers dès le début; la thériaque le soir à dose d'un demi-gros, le camphre à celle de quatre grains, furent administrés. Des incisions profondes, faites dans plusieurs points, donnèrent issue à des portions de tissu cellulaire gangréné. La suppuration fut très-abondante, bien que les pansements, fréquemment renouvelés, ne permissent pas le séjour du pus dans ses divers foyers ; mais enfin elle tarit peu à peu, les incisions se couvrirent de bourgeons charnus, et une portion de tibia nécrosé à l'endroit de la contusion retarda seule la guérison, qui aurait été prompte sans ces accidents ; mais ce qui nous intéresse le plus dans cette observation, et dont j'ai omis à dessein de faire mention, c'est que quatre jours après l'entrée de Beauhaire à l'hôpital, la rougeur érysipélateuse se prolongea vers la cuisse jusqu'à l'aîne ; toute cette partie du membre devint très-rouge, dure, tuméfiée, douloureuse : des élancements s'y faisaient sentir, et tout annonçait que du pus ne tarderait pas à s'y former. Du coton cardé fut aussitôt appliqué, et quelques jours après tous ces accidents avaient disparu : il resta seulement un peu d'empâtement, qui ne tarda pas à se dissiper sous l'influence du même moyen. (Cabissol, *Loc. cit.*, p. 326.)

Nous pensons que le traitement interne dirigé suivant les indications, a produit dans le cas précédent plus d'effet pour la guérison de l'érysipèle que les applications du coton, qui d'après l'opinion même de l'auteur, ne peuvent exercer qu'une action protectrice et de fomentation, non point une influence excitante et véritablement tonique, à la manière du quinquina, de l'alcool camphré, etc. dont les bons effets se trouvent suffisamment constatés dans le traitement de l'érysipèle asthénique; toutefois nous avons voulu donner une preuve d'impartialité dans nos citations, en faisant connaître un moyen auquel nous préférons ceux dont nous avons parlé, dans tous les cas où l'état local indique un abaissement notable de la vitalité.

Obs. XXXIII. — Au mois de mai de l'année 1685, on nous pria, monsieur Des Roziers mon confrère et moi, de voir un laboureur demeurant à un quart de lieue de notre ville, qui était atteint d'un fâcheux érysipèle, qui occupait presque toutes les parties de son corps, dont il y en avait au moins un quart en différents endroits, qui tomba en mortification ; la peau était toute noire, exhalant une odeur insupportable, et sans aucun sentiment ; putréfaction, qui heureusement ne s'étendait pas au-delà des téguments, qui se séparèrent ; après quoi, les ulcères restants furent en aussi peu de temps modifiés et cicatrisés, et le malade fut heureusement guéri, par les soins que M. Des Roziers lui donna, mais non sans beaucoup de temps et de remèdes, et un emplâtre de styrax, du vin aromatique, du vin miellé, une lotion avec le vin, l'aloès, la myrrhe, l'aristoloche longue et la ronde, le sucre, l'eau-de-vie, et enfin tout ce que l'art, l'expérience et la raison peuvent imaginer pour conduire une aussi grande maladie à une heureuse fin, ce qui ne serait jamais arrivé, avec tout cela, si la nature ne se fût pas aussi bien soutenue qu'elle le fit chez ce malade ; sans quoi il aurait succombé. (Lamotte. *Loc. cit.*, p. 418.)

8° DE L'ÉRYSIPÈLE ERRATIQUE.

Érysipèle : ambulant, Boyer, Renauldin, Chomel, Blache, Rennes, etc. ; métastatique de quelques auteurs ; *erysipelas erraticum*, Bateman.

Cette variété de la maladie se trouve caractérisée par ses dispositions ordinairement superficielles, et plus spécialement encore par son instabilité, par la facilité de ses déplacements, souvent à des distances considérables soit de la peau sur la peau, soit de cette membrane aux organes intérieurs.

Renauldin : « Quelquefois l'érysipèle est à peine guéri dans une région, qu'il se porte sur une autre, ainsi on le voit abandonner le visage pour s'emparer de quelques parties du tronc ou des membres, et vice versâ ; on dirait que dans ces cas, le principe érysipélateux se renouvelle, ou plutôt ne s'épuise qu'après avoir parcouru différentes régions. C'est cette mobilité qui lui a fait donner le nom d'érysipèle ambulant. » (*Loc. cit.*, p. 262.)

Boyer : «L'érysipèle ambulant se porte avec rapidité d'un endroit à un autre; cet érysipèle ne doit pas être confondu avec celui qui s'étend progressivement et qui guérit dans une partie à mesure qu'il gagne dans une autre.... L'érysipèle ambulant, au contraire, se porte avec une rapidité singulière d'une partie à une autre, comme du visage au bras ou à la poitrine, d'une jambe ou d'une cuisse à la jambe ou à la cuisse du côté opposé, sans parcourir ses périodes dans la partie qui a été primitivement affectée, et sans laisser même dans cette partie aucune trace de son existence. Ce déplacement subit de l'érysipèle peut être considéré comme une métastase : quelquefois cette métastase se fait sur des organes intérieurs essentiels à la vie ; ce cas est toujours très-grave et souvent mortel. » (*Loc. cit.*, p. 9.)

Bateman : « Dans cet érysipèle, les taches morbides paraissent l'une après l'autre sur différentes parties du corps dans quelques cas; celles qui paraissent les premières durent jusqu'à ce que l'éruption soit complète ; dans d'autres, les premières taches s'effacent à mesure que de nouvelles taches paraissent.» (*Loc. cit.*, p. 173.)

Chomel et Blache : « On nomme vague l'érysipèle qui s'étend par degrés du lieu qu'il occupe aux parties voisines..... L'érysipèle ambulant en diffère en ce qu'au lieu de s'étendre de proche en proche, il se porte tout d'un coup d'un lieu dans un lieu éloigné de celui qu'il occupait, de la face, par exemple, aux organes génitaux ; de l'oreille aux articulations des membres ; de celles-ci aux paupières, etc. Quelquefois il change de siége avant d'avoir parcouru toutes ses périodes; ordinairement il ne laisse aucune trace de son existence, et sa marche souvent insidieuse vient à l'appui de l'opinion que l'érysipèle ne serait que le symptôme d'une autre affection. C'est d'ailleurs dans cette variété que la métastase sur les organes intérieurs est le plus à redouter..... Toutefois il peut parcourir ses périodes avec une grande bénignité, mais comme on a vu quelquefois sa disparition suivie d'accidents très-graves qu'on a considérés comme l'effet d'une métastase de cette maladie sur quelques viscères, on doit, quelque rares que soient ces accidents, en tenir compte dans le pronostic.» (*Loc. cit.*, p. 232 et 234.)

Rennes : «Il est une variété de l'érysipèle qui a reçu plus spécialement le nom d'ambulant à raison de la promptitude avec laquelle il se porte d'une partie sur une autre, et de l'étendue de la surface qu'il occupe successivement. Cette étendue n'est point limitée.... très-rarement il parcourt la totalité de la surface du corps ; il peut cependant affecter un certain nombre de parties.... Comme si le principe de l'érysipèle ne trouvait pas à s'épuiser par sa concentration sur un point et la formation d'une sécrétion morbide.» (*Archiv. de méd.* 1830, t. XXIV, p. 533 et 541.)

L'érysipèle erratique existe presque toujours à l'état d'érysipèle simple quant à son siége ; on conçoit en effet que l'érysipèle phlegmoneux, une fois établi, n'est guère susceptible d'offrir une pareille mobilité : les prédispositions et les causes de cette variété n'ont point encore été bien précisées. L'observation prouve cependant qu'il s'unit assez souvent à la diathèse rhumatismale et que l'érysipèle typhode est celui qui se manifeste le plus fréquemment avec le caractère de l'érysipèle erratique, d'où l'on peut inférer que certaines dispositions spéciales de l'atmosphère et les autres causes du typhus produisent ordinairement ce dernier.— Quant à ses symptômes, ce qu'ils offrent de bien remarquable et ce qui devient indispensable à noter pour le traitement, c'est la marche de cette fluxion, qui s'effectue par impulsions désordonnées, tantôt sur un point sans y parcourir ses périodes, sans y laisser aucun vestige, et tantôt sur un autre plus ou moins éloigné, toujours avec les mêmes caractères d'incohérence et d'instabilité. Rarement les accidents inflammatoires agissent profondément, ils semblent en quelque sorte effleurer les surfaces, et l'on n'a presque jamais rien à craindre de cette maladie, tant qu'elle se borne à la peau; le principe érysipélateux, que l'on nous passe l'expression, disséminant en quelque sorte ses effets sur des points nombreux sans les appesantir sur aucun. Mais lorsque ces déplacements se font de la peau vers les organes essentiels, il est impossible d'en calculer les désordres ; on doit par conséquent se tenir toujours en garde contre une inflammation si difficile à coërcer, et tirer les indications thérapeutiques de son inconstance et de sa mobilité.

Le traitement qui doit varier sans doute en raison des caractères inflammatoires, bilieux, typhode, asthénique, etc., de cet érysipèle, peut cependant, avec des modifications appropriées, reposer

sur ces principes fondamentaux : éviter toute application réfrigérente et répercussive, toutes les circonstances, toutes les médications susceptibles d'effectuer des concentrations de la vitalité; solliciter au contraire avec circonspection les expansions du centre à la circonférence par les boissons chaudes, légèrement diaphorétiques, et quelquefois même toniques, en évitant avec soin de provoquer aucune irritation intérieure. C'est ainsi que les purgatifs drastiques, par exemple, avant la terminaison de la crise érysipélateuse, pourraient avoir de graves inconvénients; fixer autant que possible l'érysipèle dans le siége qu'il occupe, soit au moyen du coton cardé pour y maintenir une chaleur douce, uniforme, soit même par de légers excitants à la température de la peau; l'appeler sur une surface peu délicate au moyen des sinapismes, ou mieux encore des vésicatoires, soit volants, soit même à demeure, surtout lorsqu'il s'est déplacé vers les organes intérieurs, etc.

La poudre et le vin de colchique paraissent avoir été quelquefois mis en usage avec succès dans cette variété. L'observation suivante nous en fournit un exemple :

Obs. XXXIV. — Berry, âgé de 28 ans, atteint d'un rhumatisme, présenta, le 22 novembre, un érysipèle du scrotum qui était très-enflammé; il offrait le volume de la tête d'un enfant. Comme il avait été purgé plusieurs fois avant, on se contenta d'ouvrir avec la lancette plusieurs des veines du scrotum, qui fournirent une quantité considérable de sang

Le 29, le gonflement avait beaucoup augmenté; l'inflammation érysipélateuse avait gagné les deux cuisses, l'abdomen et le côté gauche de la face et du cou; la peau de ces parties offrait une couleur cramoisie et était le siége d'une douleur semblable à celle d'une forte brûlure; le pouls donnait 149; la langue était sèche et blanche; la soif vive (Poudre de colchique 15 grains; carbonate de soude, 1 once, à prendre en une seule fois.)

Au bout d'un quart d'heure, la fréquence du pouls, la rougeur et la chaleur brûlante de la peau étaient notablement diminuées; le malade disait se trouver sensiblement mieux. Au bout d'une heure, la rougeur et la chaleur de la peau, ainsi que la fréquence et la force du pouls avaient repris leur première intensité. On administre à l'instant même 10 grains de poudre de colchique et 2 scrupules de carbonate de soude, qui sont suivis des mêmes effets calmants que la première prise, mais plus prolongés. La rougeur et les autres symptômes revinrent encore, mais avec moins de force. Une troisième poudre fut administrée au bout de deux heures, et fit disparaître les symptômes déjà indiqués. — Ces doses élevées et fréquemment répétées de colchique réduisirent tellement l'action du pouls qu'il devint indispensable d'examiner avec attention les effets de ce médicament, et d'attendre pour en administrer une nouvelle dose que la réaction fébrile fût bien établie; mais au bout de cinq à six heures le malade était revenu à un état peu différent de la santé. — Le 25, le gonflement et la rougeur du scrotum et de la face avaient presque entièrement disparu. La peau était froide, la langue nette, le pouls donnait 80 pulsations.

Pr : Acide hydrocyanique étendu.	2	gouttes
Vin de colchique.	15	
Eau distillée.	1	once

A prendre toutes les trois heures.

Le lendemain matin, il ne restait plus de traces de l'érysipèle. (Bullock, Gazette médicale 1834, page 364.)

Obs. XXXV. — Louise Chevalier, âgée de 48 ans, opérée à l'Hôtel-Dieu d'un cancer au sein droit, paraissait toucher au terme de sa guérison, lorsque sa plaie, presque cicatrisée, se couvrit d'une suppuration glaireuse; la langue se chargea; la bouche devint amère. Il parut, vers le coude droit, un engorgement qui se dissipa après des vomissements et quelques selles bilieuses, procurés par un grain d'émétique. Le dévoiement survint quelques jours après, et il se fit une légère ulcération aux bords de la plaie. Ces nouveaux symptômes disparurent, et la cicatrisation recommença; mais bientôt, le pouls s'éleva, la suppuration devint abondante et séreuse, la face rouge et la bouche pâteuse. On aperçut le même jour une disposition érysipélateuse au bras droit, qui fut le lendemain engorgé, rouge et douloureux, dans ses deux tiers inférieurs. La malade avait des nausées, la bouche amère, et la cicatrice était déjà en partie détruite. On fit passer un grain de tartre stibié en lavage qui diminua la douleur et l'engorgement pendant trois jours : le quatrième, un cautère établi au bras gauche, cessa de suppurer, et il parut au-dessus un engorgement qui se dissipa dès qu'on eut rappelé la suppuration de l'exutoire, en couvrant le pois d'un peu de basilicum animé de poudre de cantharides. L'érysipèle s'étant porté sur la partie inférieure du même bras, en fut bientôt chassé par l'usage du petit-lait émétisé; mais, à mesure qu'il disparaissait, l'avant-bras droit s'engorgeait et devenait douloureux. Peu de jours après, il avait acquis un volume considérable; la peau était tendue, d'un rouge clair et luisant. Le tissu cellulaire cédait cependant à l'impression du doigt, et ne se rétablissait que lentement. La rougeur et la douleur ne se dissipèrent totalement qu'après des émétiques et des purgatifs réitérés. La plaie du sein se cicatrisa promptement; mais l'avant-bras resta long-temps œdématié; et malgré un bandage compressif, il n'avait pas encore repris tout-à-fait son volume naturel, un mois

après la disparition de l'érysipèle. (Desault, *loc. cit.*, p. 591.)

Le fait suivant prouve qu'un érysipèle, même erratique, peut guérir une autre inflammation chronique de la peau, et sert à confirmer les idées de M. Sabatier sur la vertu curative de la fluxion érysipélateuse.

Obs. XXXVI. — Suzanne-Félicité Durand, 59 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, jamais d'affection syphilitique, entre à l'hôpital de perfectionnement le 28 août 1828 : vastes ulcères occupant toute la jambe gauche et la partie inférieure de la cuisse du même côté ; ils avaient commencé à se développer depuis un an : émollients, repos, avaient été les seuls moyens opposés. Dans les salles, continuation de ces moyens, quelques saignées, lotions avec le chlorure de chaux. Quelques points seulement se cicatrisent.

Au mois de janvier 1829, santé générale bonne, toutes les fonctions se font avec facilité. Membre abdominal gauche paraît comme atrophié et ne peut supporter la malade, qui reste presque constamment au lit. Ulcères occupant toute la jambe, leur aspect varie selon la place qu'ils occupent. Les deux plus remarquables siégent à la partie externe et moyenne du membre. Le tibia paraît comme dénudé dans quelques points ; dans d'autres, bourgeons charnus trop luxurieux. Bords de ces ulcères taillés à pic, ressemblant à des ulcères vénériens, aussi M. Bougon administre le mercure pendant quelque temps, le mal est aggravé sous l'influence de ce traitement, on le supprime..... Un troisième ulcère moins considérable siége sur la rotule, de forme ronde, peu élevé, de la largeur de cet os ; du centre s'élèvent des bourgeons charnus de mauvaise nature. Les autres parties de la jambe et de la cuisse présentent les cicatrices peu solides des ulcères qui les occupaient précédemment. Vésicatoire au bras gauche qui suppure beaucoup ; pansement avec le chlorure de chaux, repos, bains, demi-portion d'aliments. — Les ulcères restent stationnaires jusque dans les premiers jours de février. A cette époque la malade éprouve une vive contrariété, et dès-lors, malaise général, perte de l'appétit, nausées, soif. Les ulcères prennent un mauvais aspect.

Quatrième jour de l'indisposition, érysipèle sur toute la jambe et le pied gauche et se propageant sur toute la cuisse du même côté. Réaction faible, abdomen non-douloureux à la pression, pas de céphalalgie, appétit nul, soif assez rare : diète, eau de guimauve, topiques émollients. Les ulcères prennent un meilleur aspect, les bourgeons s'affaissent.

15. Augmentation de la fièvre, disparition de l'érysipèle à gauche, il passe sur le membre inférieur opposé ; rougeur uniforme assez animée, pression douloureuse : saignée de huit onces, même traitement.

Amélioration des symptômes généraux, l'érysipèle monte sur tout le côté droit du tronc.

18. Il arrive au sein droit, reste un jour stationnaire, passe rapidement du côté droit au côté gauche du cou, et s'arrête au-dessus du sein gauche.

20. Rougeur ; tuméfaction du côté gauche de la face, céphalalgie assez forte, fièvre, pouls fréquent, facile à déprimer : cataplasmes sur les ulcères, limonade cuite, diète.

22. Pouls plus fort, l'érysipèle a gagné le côté droit de la face, tuméfaction du cuir chevelu du même côté ; maux de tête, pas de sommeil, sensibilité très-grande du membre inférieur gauche : saignée du bras de huit onces.

23. Même état ; céphalalgie, fièvre moins forte.

24. Vésicatoire au bras droit, celui du bras gauche suppure beaucoup. — L'érysipèle reste deux ou trois jours à la face, puis se porte au bras gauche, au-dessous du vésicatoire, ne dépasse pas le coude. Quelques jours après, il passe sur le bras opposé où il occupe la même place ; douleurs abdominales, dévoiement : diète, eau de riz. L'érysipèle disparaît à la face.

28. Mieux général, ventre souple, non-douloureux, facies meilleur, fièvre presque nulle, appétit, soif moins grande. L'érysipèle semble fixé sur le bras droit et commence à disparaître.

8 mars. Sa disparition est complète. Anciennes cicatrices des ulcères solides ; ulcères du côté externe de la jambe, ulcère correspondant à la rotule, presque entièrement cicatrisés ; bourgeons charnus, pus de bonne nature. Santé générale assez satisfaisante. (*Clinique des hôpitaux et de la ville*, t. III, p. 283. Bougon.)

Obs. XXXVII. — Une dame dans la force de l'âge, petite taille, forte constitution, faisant depuis long-temps un enfant ou plusieurs fausses couches chaque année ; habituée, dans le premier cas, à allaiter, et dans le second, à éprouver des pertes abondantes ; étant de plus sujette à des fluxions vers les gencives ou les poumons, lesquelles se terminaient par des expuitions ou des expectorations de sang, ayant en un mot tout ce qui caractérise une constitution pléthorique exaltée par des circonstances qui produisent une *hématose* très-grande ; éprouvant tous les ans au printemps, dans quelque situation qu'elle se trouvât d'ailleurs, une affection qui débutait par des frissons suivis de fièvre. Bientôt des phlyctènes miliaires se développaient sur les doigts et sur la main ; la peau de ces parties devenait rouge, chaude, tendue, douloureuse, et le siége de démangeaisons très-vives ; le tissu cellulaire sous-cutané s'engorgait ou s'infiltrait, suivant l'intensité de l'inflammation de la peau. Après être restée stationnaire pendant quelques jours, la maladie abandonnait la main pour se porter à l'avant-bras, où elle se développait avec les mêmes symptômes, d'où elle se portait successivement au

bras, à l'épaule, au sein et au bas-ventre, parties dans chacune desquelles elle restait pendant trois ou quatre jours; et quoiqu'on employât des vomitifs ou des purgatifs, des délayants ou des amers, des sudorifiques ou des diurétiques, et qu'on appliquât sur le siége du mal des émollients, des toniques, des astringents ou autres topiques, la maladie parcourait chaque fois un grand nombre des parties du corps, sans se juger dans aucune d'elles en particulier, et elle ne finissait ordinairement qu'après six semaines ou deux mois de ces érysipèles successifs, dont chacun se terminait par une desquammation à la peau. C'est alors que M. Dupuytren imagina de fixer la maladie, et de la juger dès son principe par l'application de vésicatoires sur la première partie qu'elle envahirait. L'érysipèle ayant paru dans les premiers jours d'avril 1814, un vésicatoire fut appliqué sur le dos de la main : cet érysipèle n'exista plus le lendemain ; cependant il se montrait déjà sur l'avant-bras quelques points de rougeur : un second vésicatoire fut appliqué sur cette partie, deux jours après l'application du premier vésicatoire à la main; l'érysipèle disparut encore, et la malade, enchantée de ce résultat, s'en appliqua d'elle-même, au bout de quelques jours, un troisième au bras, sans qu'il excitât aucun symptôme d'érysipèle à cette partie, et sans qu'il en soit survenu depuis. Ainsi s'est terminée en quelques jours, une maladie dont la durée était communément de six semaines à deux mois. Il est à remarquer que chacun des vésicatoires a donné lieu à la sécrétion d'une excessive quantité de sérosité. (Patissier. Obs. de Dupuytren. *Loc. cit.*, p. 31.)

Obs. XXXVIII. — Souto, soldat au 15e régiment d'infanterie légère, âgé de 21 ans, tempérament sanguin-lymphatique, constitution moyenne, éprouve depuis huit jours un écoulement par l'oreille, à la suite d'une otite légère. — 2 mars 1824, suppression de l'écoulement. — 3, érysipèle de tout le côté gauche de la face, correspondant à l'oreille affectée. — 4, il entre au soir à l'hôpital de Saint-Omer. Tête pesante, pouls plein, fréquent, peau chaude, soif vive, langue bordée d'un cercle rouge, estomac légèrement sensible à la pression : saignée du bras, 20 sangsues sur l'épigastre. — 5 au matin. Érysipèle moins vif, fièvre plus modérée ; il s'est manifesté du délire pendant la nuit, mais le malade est calme, soif moins vive, langue moins rouge, disparition de la sensibilité épigastrique : limonade tartarique, avec addition de crême de tartre, deux gros (*bis*), au soir 16 sangsues au col, bain de pieds sinapisé. — 6. Érysipèle du côté gauche dissipé, très-légères phlyctènes, l'épiderme commence à se détacher; côté droit de la face et peau du crâne affectés; constipation depuis quelques jours : même boisson, huit onces de petit-lait avec demi-grain d'émétique. Dans la journée, la rougeur érysipélateuse s'étend rapidement à la nuque, à l'épaule et à la région dorsale, le long du rachis. Le soir, pas d'évacuations par le bas, pouls vif, fréquent, peau chaude, sèche : 20 sangsues au col, 2 grains d'émétique en lavage pendant la nuit. Hémorrhagie abondante, plusieurs selles bilieuses. Nuit tranquille. — 7 au matin, mieux prononcé; pouls affaibli, plus de gonflement de la face, peau du visage pâle, écailleuse; la rougeur érysipélateuse fait seule des progrès, et s'étend à la partie postérieure du tronc; vésicatoire sur chaque épaule, limonade tartarique. Évacuations bilieuses. La nuit, sommeil léger, point de délire. — 8 au matin, langue chargée de mucosités épaisses, blanchâtres, pas de fièvre; émétique en lavage; plusieurs selles. L'érysipèle se propage des parties supérieures aux parties inférieures : une ventouse scarifiée sur le flanc gauche. — 9. Langue sale, face jaune ; l'érysipèle a envahi les flancs et les lombes ; beaucoup d'agitation, urines toujours claires : 4 ventouses scarifiées, 2 vésicatoires au centre des surfaces rouges, car c'est par une simple rougeur que procède la maladie, presque sans tuméfaction et sans phlyctènes. — 10. L'érysipèle continue de s'étendre, langue toujours sale. — 11. Soif plus vive, pouls plus fréquent : 10 sangsues sur l'épigastre. — 12. Diminution des symptômes, l'érythème s'étend aux fesses, à la poitrine, à l'abdomen ; au soir, il gagne les bras, les avant-bras; mais là, quelques phlyctènes ne tardent pas à se former. — 13. La langue commence à se nettoyer sur les bords. — 14. Pouls moins fréquent, langue plus humectée, érysipèle plus léger, s'étendant d'une part à la moitié des cuisses, de l'autre aux poignets. Là se termine la maladie. — 15. Tout est sec. — 16. La desquammation commence, la convalescence est établie. La langue reste encore chargée pendant quelques jours; crême de tartre. — 26. Souto sort de l'hôpital parfaitement guéri. (Rennes. *Arch de méd.*, t. 24, p. 334. 1830.)

9° ÉRYSIPÈLE PÉRIODIQUE.

Intermittent, Piorry, Roche, Sanson et plusieurs autres auteurs.

L'érysipèle périodique est celui dont les retours s'effectuent d'une manière plus ou moins régulière, en coïncidant avec des influences qu'il est facile d'expliquer, ou sans cause appréciable, à des intervalles plus ou moins éloignés.

Lassus : « Il est un érysipèle périodique rebelle, sans fièvre, qui reparaît à des temps marqués, au printemps, à l'automne, toujours sur la même partie, subsiste long-temps, attaque principalement les vieillards, les femmes âgées, au moment où cessent les évacuations périodiques, le flux hémorrhoïdal. Il exige des remèdes adoucissants, délayants, et des purgatifs réitérés. » (*Loc. cit.*, p. 9.)

Pinel : « L'érysipèle peut revenir à des époques plus ou moins rapprochées ou éloignées, en devenant ainsi périodique, comme les auteurs en ont donné tant d'exemples ; il se renouvelle assez fréquemment, surtout dans les hospices de femmes, tel que celui de la Salpêtrière, soit à l'époque de la cessation des menstrues, soit lors de leur suppression. Lorry (*de morbis cutaneis*) a connu un homme, sain d'ailleurs, qui, deux fois l'année, était atteint d'érysipèle vers l'époque de l'un et l'autre équinoxe. Un autre, chez lequel cet érysipèle ne paraissait qu'une fois l'année, au printemps.... Il est digne de remarque que ces deux hommes d'un âge avancé, qui, avant d'être sujets à cet érysipèle périodique, étaient susceptibles de toutes sortes de maux pour les causes les plus légères, ont joui depuis cette époque de tous les attributs d'une vieillesse saine et d'une grande énergie au moral comme au physique.» (*Loc. cit.*, p. 86.)

Renauldin : « Il n'y a peut-être point de maladie plus sujette à récidive que l'érysipèle ; mais ce qui est remarquable dans ce retour, c'est sa périodicité. Parmi les femmes qui ont éprouvé une suppression menstruelle, quelquefois on en voit chez lesquelles l'exanthème érysipélateux revient chaque mois vers l'époque où l'écoulement des règles doit avoir lieu. Hoffman assure avoir vu très-souvent dans sa pratique des érysipèles périodiques de la tête remplacer le flux menstruel, quand il a été interrompu par une cause quelconque.» (*Loc. cit.*, p. 263.)

Boyer : « L'érysipèle périodique est celui qui revient à des époques plus ou moins rapprochées, avec ou sans cause apparente. » (*Loc. cit.*, p. 9.)

Il est aisé de voir que les divers auteurs ne confondent point ici la *périodicité* avec l'*intermittence* proprement dite, et que l'érysipèle périodique n'est point pour eux un érysipèle réellement intermittent, à la manière des fièvres d'accès. Nous partageons entièrement cette opinion, dont nous avons donné les motifs en examinant les divers types de l'érysipèle en général (p. 317); c'est dans cet esprit que nous traitons de l'érysipèle périodique.

Cette maladie affecte particulièrement les femmes dont la menstruation est irrégulière, surtout pendant la durée du temps critique et pendant les années qui suivent la cessation définitive du flux cataménial; les sujets hémorrhoïdaires qui n'ont jamais éprouvé d'écoulement sanguin par les tumeurs, ou chez lesquels ces écoulements, d'abord périodiques, se trouvent actuellement supprimés ; les goutteux, les rhumatisants; l'érysipèle prenant alors toutes les allures de ces maladies, et partageant souvent leur étiologie constitutionnelle ; les vieillards, les individus malsains, cacochymes, valétudinaires ; elle coïncide fréquemment dans ses retours avec les époques où les flux, les diverses maladies périodiques auraient dû se manifester avec le renouvellement des saisons, et notamment du printemps, de l'hiver. Nous connaissons une dame, âgée de 47 ans, d'une très-forte constitution, actuellement dans le travail du temps critique, et qui depuis plusieurs années éprouve, dans les premiers jours de décembre, un érysipèle asthénique au nez, s'étendant seulement vers les pommettes, avec gonflement assez considérable, et dont les traces ne s'effacent bien complètement que vers la fin de mars. Plusieurs fois, nous avons vu cet érysipèle coïncider avec l'époque des dissections chez nos élèves qui se livraient avec zèle aux travaux anatomiques. Pour certains sujets, il serait difficile de trouver une influence déterminante autre que celle de l'habitude.

Quant aux symptômes de l'érysipèle périodique, ils sont analogues à ceux de l'érysipèle en général avec toutes ses modifications de siége, de gravité, de complication, etc. ; seulement ils se reproduisent ordinairement dans les mêmes lieux, et dès-lors, après plusieurs invasions successives, donnent à la peau des caractères d'altération ou d'hyperémie, suivant leurs modes et leurs terminaisons, caractères qu'elle finit par conserver d'une manière plus ou moins nuisible à ses fonctions. Les répercussions sont ici d'autant plus redoutables que l'état constitutionnel dont l'érysipèle périodique offre en quelque sorte la crise naturelle, présente lui-même plus d'importance et de gravité dans sa concentration intérieure.

Le traitement de cette variété n'offre pas, lorsque la fluxion est établie, de modification spéciale autre que celles dont nous avons parlé dans l'histoire des autres espèces; mais il prend un caractère tout particulier lorsqu'il s'agit de prévenir les retours que les antécédents font aisément pressentir. Pendant leur intervalle et pendant quelque temps avant leur invasion, il faut s'attacher à combattre la cause de ces retours lorsqu'elle est bien connue, et même l'influence de l'habitude que l'on ne prend peut-être pas assez en considération. Le régime sain, approprié, des changements avantageux dans le genre de vie, de profession, etc. ; un traitement épuratif par les sucs d'herbes, les amers, etc. ; des vomitifs, des purgatifs suivant les indications, des dérivatifs passagers vers des points de la peau en opposition avec ceux qu'envahit ordinairement la maladie, un exutoire à demeure, soit vésicatoire, soit cautère ; des applications de sangsues dans les lieux où devrait s'établir une hémorrhagie périodique supprimée, les eaux minérales convenables, le quinquina comme antipériodique, surtout lorsque l'érysipèle est compliqué de névralgie, de fièvre d'accès, etc. Tels sont les moyens qui doivent ici constituer les bases de la médication.

Obs. XXXIX. — Pernon, 20 ans, constitution

débile, membres grêles, réglée à 15 ans pour la première fois. Les règles, après avoir coulé pendant deux ans d'une manière irrégulière et avec peu d'abondance, disparurent tout-à-coup ; et en même temps survint à la face et au cuir chevelu, une phlegmasie cutanée, qui, augmentant d'intensité tous les mois, à l'époque où les règles supprimées auraient dû paraître, prit tous les caractères de l'érysipèle. Bientôt cette irritation, persistant à un moindre degré et à l'état chronique, intéressant les parties profondes de la peau, il en résulta une dartre esthiomène de M. le professeur Alibert, ou un lupus de Willan, Bateman, etc., qui, des ailes du nez s'étendit à la lèvre supérieure et aux joues. Quatre mois s'écoulèrent sans apparition de l'érysipèle. Cependant, durant cet intervalle, les ailes du nez, les lèvres, les joues, les paupières, n'en furent pas moins le siége d'une bouffissure, avec teinte de rose vif. Quelques douleurs hypogastriques et une légère leucorrhée signalèrent le retour de chacune des époques menstruelles. Tout-à-coup, à une de ces époques, cette jeune fille est prise de frissons qui parcourent le dos, les lombes ; puis, réaction fébrile intense, coloration en rouge violet du cuir chevelu, des joues, des ailes du nez. L'intelligence est intacte ; saignée de seize onces ; trente sangsues derrière les oreilles : amélioration immédiate. Dès le jour même, les cuissons, dont cet exanthème est le siége, ont diminué ; la teinte en a pâli ; les jours suivants, la desquammation s'opère. (*Clinique médicale de M. Piorry*, p. 389, obs. de M. Perrochaux.)

Obs. XL. — Une jeune demoiselle, 19 ans, constitution nerveuse, eut à plusieurs reprises, et à des époques éloignées, des érysipèles de la face. Ses règles s'étaient établies avec peine, et sans qu'aucune cause spéciale pût être reconnue ; elle fut long-temps atteinte de douleurs vagues à la tête, et spécialement à l'oreille ; le contact même d'un chapeau lui était très-pénible. Il y avait huit ou dix mois que ces symptômes duraient, lorsque M. X.... observa les phénomènes suivants : la lèvre supérieure et la région sourcilière du même côté, et surtout *le bout du nez et le lobule de l'oreille*, rougissaient et devenaient luisants. Il s'y manifestait bientôt un sentiment d'engourdissement, suivi de chaleur, d'élancements et des symptômes les plus violents des douleurs névralgiques. D'abord peu violente et peu étendue, la douleur envahissait, en huit ou dix minutes tout le côté gauche de la face. L'accès durait une heure ou deux, offrait pendant tout ce temps la rougeur indiquée, et se terminait d'une manière brusque ; il revenait ordinairement de cinq à sept heures du soir. Beaucoup de moyens avaient été employés sans succès. Le sulfate de quinine supprima les accès pendant huit jours ; ceux-ci revinrent moins forts qu'ils ne l'avaient été ; ils cessèrent d'être périodiques, et le sulfate de quinine qui, suivant M. le docteur X.... irritait l'estomac, fut suspendu. Cette malade n'était pas encore guérie lorsque cette observation fut communiquée à M. Piorry, et les accidents se reproduisaient encore dans le même ordre. (Piorry, *loc. cit.*, p. 302.)

10°. DE L'ÉRYSIPÈLE DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Erysipelas typhodes, Underwood, Lassus.

Cette maladie est l'inflammation érysipélateuse observée chez les enfants quelques jours après leur naissance, particulièrement dans les grands établissements ouverts aux femmes en couche ; et dans ceux des enfants trouvés, commençant ordinairement par l'ombilic et s'étendant aux parties génitales, etc., sous l'influence d'une cause qui paraît le plus souvent soit endémique, soit épidémique.

Lassus : « L'érysipèle est quelquefois gangréneux de sa nature : tel est l'érysipèle des enfants nouveau-nés, *erysipelas typhodes*, maladie qui se termine par la gangrène, et qui est souvent mortelle. » (*Loc. cit.*, p. 8.)

Chomel et Blache : « Les enfants sont sujets, dans les premiers mois de leur naissance, à une variété de l'érysipèle qui présente des particularités tellement notables, que presque tous les auteurs l'ont décrite à part. C'est dans les hôpitaux consacrés aux femmes en couche et aux enfants nouveau-nés qu'on l'observe principalement. M. Baron, qui a bien voulu nous communiquer quelques notes pleines d'intérêt sur cette affection, dit qu'elle est si fréquente à l'hospice des Enfants-Trouvés, qu'il en existe presque toujours un ou plusieurs cas à l'infirmerie de cet établissement. « Umbilicalem regionem in infantibus frequentius infestat, ac indè per abdomen spargitur cum gravibus pathematibus funesto ut plurimùm eventu. F. Hoffman, *loc. cit.*, p. 59. » Les parois abdominales sont en effet le siége le plus ordinaire de cet érysipèle ; mais ce n'est pas toujours par l'ombilic qu'il commence, et on le voit au moins aussi souvent débuter par tout autre point du ventre, d'où il s'étend quelquefois au reste du tronc, aux parties génitales et même aux extrémités inférieures ; assez fréquemment aussi, c'est à la face qu'il apparaît d'abord, puis il gagne successivement les parties antérieures et latérales du cou, la poitrine et les membres supérieurs. Les aréoles des boutons de vaccine deviennent parfois le point de départ de l'érysipèle des nouveau-nés. La marche erratique est celle qu'il affecte le plus communément. Nous l'avons vu dans un cas, dit le docteur Dewees, occuper une jambe, une cuisse, un bras, la face et le tronc, dans l'espace de vingt-quatre heures... La résolution s'observe rarement dans cette maladie, qui, lorsqu'elle offre une certaine étendue, entraîne souvent la mort du malade, avant même qu'il y ait suppuration ou gangrène. Ces deux derniers modes de terminaison sont beaucoup plus

fréquents chez les nouveau-nés qu'à tout autre âge, et, dans quelques cas, ils se succèdent avec une extrême promptitude.... C'est probablement à cause de cette terminaison et de sa marche prompte que Underwood a confondu l'érysipèle des nouveau-nés avec l'inflammation gangréneuse primitive des extrémités qu'on observe aussi quelquefois à cette période de la vie, comme l'a fait remarquer Billard.... Une dernière observation fort importante qu'a faite M. Baron, c'est que dans presque tous les cas l'érysipèle des nouveau-nés, lorsqu'il est mortel, est accompagné de péritonite; il dit avoir vu peu d'exceptions à cette règle, qu'on peut regarder comme générale.» (*Loc. cit.*, p. 230.)

Rayer: » L'érysipèle de la région ombilicale a été principalement observé chez les nouveau-nés, dans les hôpitaux et les maisons d'enfants trouvés; il s'étend quelquefois jusqu'à la région hypogastrique et aux parties génitales. La gangrène est une des terminaisons fréquentes de cette inflammation, qui, abandonnée à elle-même, est souvent mortelle. On attribue son développement à de violentes manœuvres exercées sur le cordon ombilical, à un mauvais régime ou à l'insalubrité de plusieurs des établissements où les nouveau-nés sont rassemblés. Il est fréquemment compliqué de péritonite, et quelquefois d'une inflammation de la veine ombilicale.» (*Loc. cit.*, p. 554.)

L'érysipèle des nouveau-nés ne s'observe presque jamais chez les enfants isolés, élevés au milieu des conditions d'aisance et de salubrité désirables; c'est au contraire exclusivement dans les établissements de charité, où les enfants sont rassemblés en grand nombre, au milieu d'une foule de causes délétères et soumis à toutes les influences d'une mauvaise alimentation, qu'on en trouve des exemples bien caractérisés. C'est également chez les enfants nés de parents malsains, scrophuleux, scorbutiques, eux-mêmes faibles, chétifs, d'une mauvaise constitution, et pendant les deux ou trois mois de leur naissance que l'on observe cette maladie. Ces faits joints aux caractères d'adynamie, de gangrène et quelquefois d'atonie, qu'elle présente ordinairement, démontrent qu'elle tient bien plutôt à des causes générales qu'à des accidents locaux auxquels on ne peut guère accorder qu'une valeur d'occasion. Certaines constitutions atmosphériques la développent quelquefois avec une effrayante généralisation, comme le prouvent les relevés annuels faits dans les grands établissements. Sa marche est ordinairement progressive, quelquefois erratique, le plus souvent avec les caractères d'asthénie ou typhode que nous avons décrits, qui se diversifient et s'aggravent en raison de l'âge des sujets. Son point de départ est souvent à l'ombilic; le travail d'inflammation et de suppuration éliminatoires établi dans cette partie pendant les premiers jours de la naissance, joint aux froissements des vêtements, lorsque toutes les précautions ne sont pas bien prises, nous explique suffisamment cette prédilection particulière de la maladie, dans son invasion chez des sujets prédisposés. Les parties génitales sont ensuite le point le plus fréquemment affecté, les matières et l'urine qui les baignent habituellement nous en donnent la raison; toutefois il n'est pas sans exemple de voir l'inflammation débuter par tout autre point, et même par ceux qui sont le moins exposés aux irritations locales. Ces cas forment l'exception, les autres constituent la règle.

Le pronostic de cette maladie, sur laquelle M. Dugès a fait un travail que l'on pourra consulter avec fruit, est toujours grave. Bang rapporte que sur dix érysipèles des enfants nouveau-nés observés à l'hôpital royal de Copenhague pendant les années 1813 et 1814, dix se sont terminés par la mort avec ulcération, gangrène ou suppuration du tissu cellulaire sous-cutané (*Actes de la soc. roy. de méd.* de Copenhagne, t. V.) M. OEsterleben, à Stuttgard, a traité six cas de ce genre : dans cinq, les malades ont succombé. (*Heidelberger klinische annalen.*)

Le traitement de cette maladie consiste d'abord à la prévenir autant que possible par les soins de propreté, l'éloignement de tout ce qui peut irriter l'ombilic, les pansements relatifs au travail d'élimination et de cicatrisation de cette partie, une alimentation saine, un air sec et bien renouvelé, l'isolement des enfants aussitôt que l'on peut craindre l'invasion morbifique; et lorsqu'elle est survenue, les médications locales et générales que nous avons conseillées surtout dans le traitement des érysipèles asthénique et typhode avec les modifications nécessitées par l'âge et la force des sujets. OEsterleben, sur les six malades indiqués, mit en usage avec succès le mercure gommeux de Plenk, le sulfate de quinine, l'un et l'autre à la dose d'un quart de grain, 3 fois chaque jour, un bain tiède quotidien, immédiatement après celui-ci une friction avec l'onguent mercuriel sur l'endroit affecté. Le docteur Ch. Meigs cite plusieurs cas d'érysipèle chez les nouveau-nés qui ont cédé promptement à l'emploi du liniment de Kentish. Mais il faut l'avouer, lorsque la maladie sévit épidémiquement surtout, elle se montre rebelle aux méthodes les mieux combinées et la nombreuse pratique de M. Baron lui fournit depuis long-temps des faits qui servent à constater l'impuissance des médicaments dans l'érysipèle des nouveau-nés.

11°. DE L'ÉRYSIPÈLE DES VIEILLARDS.

« Dans l'érysipèle qui survient chez les sujets vieux et affaiblis, les conditions vitales sont bientôt sérieusement compromises, nos efforts doivent tendre plutôt à les soutenir qu'à combattre l'inflam-

mation locale. « J'ai vu beaucoup de ces malades dans une période avancée d'érysipèle à la face avec un pouls vite et faible, une langue sèche et brunâtre, recouvrer la santé par l'usage du quinquina et du vin, malgré ces circonstances en apparence désespérées. » (Lawrence. *La cliniq. des hôpitaux et de la ville*, t. II, p. 39.)

L'érysipèle des vieillards se développe ordinairement aux pieds, aux jambes, surtout chez les sujets lymphatiques bouffis, cacochymes, épuisés par l'âge ou par toute autre influence; aux parties génitales, notamment chez les individus affectés d'incontinence d'urine, etc. Dans la plupart de ces cas il revêt les caractères plutôt de l'œdème érysipélateux que de l'érysipèle œdémateux. Aux jambes, c'est presque toujours en effet par la distension à laquelle se trouve soumise la peau chez les vieillards dont ces parties sont ordinairement gonflées, œdémateuses principalement vers le soir, que se trouve produite la fluxion érysipélateuse. — La marche de cette maladie est communément lente et chronique, cet érysipèle offre une diminution notable vers le matin, par le repos et la position horizontale de la nuit et reprend, vers la fin du jour, des caractères plus intenses lors surtout que la position verticale est habituellement gardée. Il revêt dans presque tous les cas les dispositions et les caractères des érysipèles œdémateux et asthénique. — Dans son traitement on ne doit jamais perdre de vue la faiblesse constitutionnelle et locale; si les émissions sanguines paraissent quelquefois indiquées, il faut toujours les effectuer avec la plus grande réserve et ne pas s'en laisser imposer par les caractères insidieux de l'inflammation. Un régime substantiel, toutes les conditions hygiéniques favorables à l'entretien des forces, le quinquina, les ferrugineux, le camphre, le vin généreux, etc., devront ordinairement former les éléments principaux de la thérapeutique générale; les réfrigérents alcooliques, les astringents, les toniques et surtout la compression bien dirigée, plus tard des bas lacés ou des bandes roulées à demeure sur les membres pelviens dans le cas d'érysipèle de ces parties rempliront les indications essentielles du traitement local, etc.

Si nous considérons actuellement l'érysipèle suivant les diverses parties qu'il peut affecter, nous y trouverons encore sous ce nouveau point de vue des différences produites par les conditions de structure, de situation, de rapport et d'usage, qui nous fourniront des indications pratiques particulières, en démontrant que ces nouvelles divisions sont indispensables à l'examen complet de cette altération.

L'érysipèle affecte bien rarement toute la surface dermoïde en même temps ou même progressivement; nous en trouvons cependant quelques exemples. Sans compter le fait rapporté par M. Renauldin, et que nous avons déjà cité, nous retracerons les deux suivants, l'un tiré de notre pratique, l'autre appartenant à Lamotte.

Il n'est pas très-rare de voir pendant les inflammations du tube digestif, des phlegmasies symptomatiques de la peau sous forme pustuleuse, papuleuse, phlycténoïde, et surtout érysipélateuse. L'observation suivante nous en fournira la preuve. Il ne faudrait cependant pas en inférer avec quelques auteurs que dans tous les cas de coïncidence d'une phlegmasie gastro-intestinale et d'une inflammation cutanée, la seconde est toujours la conséquence et le symptôme de la première. En effet, les rapports physiologiques dans lesquels se trouvent l'enveloppe dermoïde et la muqueuse digestive sont réciproques; on conçoit dès-lors, et l'expérience le démontre chaque jour, que les inflammations cutanées peuvent donner naissance à des phlegmasies muqueuses également symptomatiques.

Obs. XLI. — Brunot, Louis, âgé de 17 ans, tempérament lymphatique, stature moyenne, chair molle, formes musculaires lâches, maçon au Mans, tombe, il y a deux mois, d'un échafaudage de dix à douze pieds sur des bois de construction; le nez, l'abdomen sont les parties les plus violemment frappées dans la chute. Depuis ce temps, il éprouve d'assez vives douleurs vers la tête. Le 8 novembre 1824, voulant faire des expériences avec un briquet phosphorique, il met le feu dans l'appareil, et se brûle profondément l'indicateur de la main gauche.

10. Entrée à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant: brûlure de l'indicateur gauche intéressant toute l'épaisseur de la peau dans une certaine étendue, commencement de suppuration; cataplasmes, bains émollients locaux, repos de la partie, le quart.

13. Dégoût pour les aliments, symptômes d'irritation gastro-intestinale; boissons acidules, diète au bouillon.

15. Amélioration locale et générale.

18. Probablement, après quelqu'imprudence de régime, que nous avons tout lieu de supposer, céphalalgie assez forte, inappétence, insomnie, langue moins large, rouge aux bords, jaune au centre; pouls assez développé, mais régulier; point de nausées ni d'amertume à la bouche, selles rares, épigastre à peu près indolent, région duodénale sensible à la pression, rougeur de la peau déjà marquée dans toute son étendue : quinze sangsues à la région duodénale, boissons gommeuses, fomentations émollientes sur tout l'abdomen.

19. Érysipèle général, mais très-superficiel, au plus faible degré : augmentation des symptômes duodénaux, même prescription.

20. La coloration de la peau se soutient avec chaleur mordicante et prurigineuse, bien que les symptômes de la duodénite n'aient pas augmenté : même prescription.

22. Résolution graduée de l'érysipèle, plus aucune douleur vers la région duodénale, la langue

se nettoie, ses bords ont repris leur coloration normale, cessation de la fièvre.

23. Légère furfuration de la peau, surtout à la poitrine, apyrexie, retour de l'appétit : soupes, fécules.

20. Le malade est complètement guéri, bien qu'il ait fait hier des imprudences de régime. Il sort de l'hôpital.

Obs. XLII. — Au mois d'août 1683, je fus demandé pour voir un jeune enfant de neuf à dix ans, qui était attaqué d'une violente démangeaison, qui s'étendait sur tout le cuir chevelu, le front et les oreilles, avec une rougeur citrine, et une tumeur considérable. Je le saignai d'abord, et lui fis prendre un lavement quatre heures après, et boire de l'eau panée, avec un linge en double trempé dans le vin tiède, et exprimé, que j'appliquai sur la partie malade; la tumeur, la rougeur et la douleur piquante s'étendirent jusqu'au cou. Je réitérai la saignée et le lavement rafraîchissant, la boisson et le linge trempé dans le vin, comme le jour précédent; le cou et les épaules se trouvèrent ensuite atteints des mêmes accidents, pendant que le cuir chevelu et une partie du visage s'en trouvèrent délivrés, et ainsi successivement; et à mesure que cet érysipèle s'emparait d'une partie inférieure, il abandonnait la supérieure, en sorte qu'il n'y en eut aucune à l'extérieur du corps qui ne s'en sentît atteinte, jusqu'aux doigts des mains et des pieds qui en furent attaqués les derniers; après avoir, pendant trois semaines, fait tout ce progrès, pendant la durée duquel je saignai cet enfant trois fois, et lui fis prendre plusieurs lavements, je continuai le linge trempé dans le vin, et lui donnai aussi trois fois un demi-gros de rhubarbe en bol, avec une demi-once de manne dans un bouillon par-dessus, ne pouvant prendre aucun autre purgatif qu'il ne le vomît, et je le tins dans un régime convenable. (Lamotte, *loc. cit.*, p. 404.)

C'est donc le plus ordinairement dans l'une ou l'autre des régions de la surface dermoïde que se trouvent circonscrits les caractères locaux de l'érysipèle.

Aux mamelles, chez les femmes, il est souvent produit par l'irritation du mamelon pendant les efforts de succion que fait l'enfant, par l'action répercussive de l'air froid chez les nouvelles accouchées, il devient alors assez fréquemment érysipèle phlegmoneux circonscrit, et ses symptômes sont compliqués des altérations plus ou moins prononcées qu'il entraîne alors dans la sécrétion du lait. Toutefois il ne faut pas le confondre avec la rougeur de la peau qui naturellement accompagne le développement de la mammite.

Aux parties génitales : il attaque surtout les vieillards, les sujets affectés de maladies des voies urinaires, de blennorrhagie, etc., etc. Il se fait remarquer par le gonflement œdémateux souvent considérable du scrotum, de la verge chez l'homme, parfois avec complication de phymosis symptomatique ; des grandes lèvres chez la femme, avec extension chez quelques-unes dans le vagin, et gangrène chez les petites filles. Pour les vieillards livrés à l'incurie, sa terminaison est souvent gangréneuse et suffit quelquefois pour entraîner l'épuisement et la mort.

Au pli de l'aîne : Il se rattache fréquemment à l'existence d'une perforation intestinale et se complique d'un état emphysémateux du tissu cellulaire voisin.

Dans ces divers lieux les modifications relatives aux indications thérapeutiques sont trop faciles à saisir pour qu'il soit nécessaire d'en présenter des histoires isolées ; il n'en est pas de même des érysipèles de la tête, du tronc et des membres qui vont actuellement fixer notre attention.

12° DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA TÊTE.

L'érysipèle de la tête peut occuper le crâne ou la face, reconnaître la plupart des causes dont nous avons fait l'énumération, présenter les caractères progressif, erratique, simple, œdémateux, phlegmoneux, traumatique, etc.; c'est particulièrement sous ces derniers rapports qu'il nous offrira l'un des points les plus importants dans l'histoire de cette maladie, en raison des modifications que peuvent y revêtir les accidents, et de celles que devront nécessairement éprouver le choix et l'application des moyens thérapeutiques.

Callisen : « *In capitis læsionibus, nunquàm tuta fides.* » (T. II, p. 612.)

Desault : « L'érysipèle est en général une complication assez fréquente des plaies.... Mais nulle part l'influence de cette complication n'est plus marquée que dans les plaies de tête : la plupart des blessés l'éprouvent dans une plus ou moins grande étendue, avec des symptômes plus ou moins alarmants. » (*Loc. cit.*, p. 3.)

Renauldin : « La face est singulièrement sujette à l'érysipèle; dans ce cas, on voit les paupières, le nez, le lèvres, les joues, les oreilles, comprises en partie ou en totalité, dans l'affection érysipélateuse, ce qui altère toujours plus ou moins les traits du malade. Souvent alors l'inflammation est telle que les organes adjacents ne remplissent leurs fonctions qu'avec difficulté ; c'est ainsi que les paupières gonflées se ferment, les narines se dessèchent, la bouche s'ouvre avec peine et laisse couler une salive visqueuse, la parole est embarrassée ; l'oreille devient dure, on perçoit un bruit semblable au bourdonnement des abeilles, au son des cloches; la gorge participe à la phlegmasie qui même parfois étend ses ravages jusqu'aux membranes du cerveau, dernier accident qu'accompagne tantôt un délire furieux, tantôt une affection comateuse et qui peut se terminer

par un épanchement humoral entre les méninges. (*Loc. cit.*, p. 261.)

Boyer : « L'érysipèle du visage est rarement produit pas une cause externe, presque toujours c'est une cause interne qui lui donne naissance. Il survient quelquefois à la suite des plaies de tête ou des opérations pratiquées sur cette partie, mais le plus souvent alors la plaie ou l'opération qu'il vient compliquer, ne doit être regardée que comme la cause occasionelle ou déterminante d'érysipèle, qui problablement se serait développée partout ailleurs, si la même irritation y eût existé.... Au bout de deux ou trois jours, le malade ressent de la douleur dans quelques points du visage, et plus ordinairement aux paupières.... La rougeur n'a pas d'abord une grande étendue, mais elle gagne progressivement, et couvre communément le visage tout entier; elle se propage fréquemment sur la cuir chevelu ou descend sur quelque partie du cou. Le visage se tuméfie considérablement et les paupières sont quelquefois tellement gonflées qu'elles ne s'ouvrent plus.... L'érysipèle se termine ordinairement par résolution, quelquefois il se forme des abcès dans les paupières, enfin la gangrène peut aussi s'emparer de ces parties et s'étendre à d'autres.» (*Loc. cit.*, p. 23, 25, 26.)

Chomel et Blache : « L'érysipèle borné à la face n'est pas grave en lui-même; la crainte qu'il ne s'étende plus loin est presque le seul danger qu'il offre. On a lieu de redouter cette extension quand il existe un appareil fébrile de quelque intensité. Quand l'érysipèle se montre à la face avec une rougeur vive et un gonflement considérable. L'érysipèle est rarement borné au cuir chevelu. L'un de nous, néanmoins, a eu quelques occasions de voir cette phlegmasie commencer et finir sur cette région, sans s'étendre à aucun point de la face. Cette variété de l'érysipèle a pu être quelquefois méconnue, la rougeur manque ici à peu près complètement, la structure du cuir chevelu se prête peu à la rubéfaction.... Une douleur plus ou moins vive dans une partie de cette région, l'augmentation de la douleur par le contact du doigt, et surtout le gonflement œdémateux, sont les signes caractéristiques de cet érysipèle.... L'érysipèle qui doit occuper simultanément ou successivement la face et le cuir chevelu, débute à la manière des maladies graves.... Agitation dans le sommeil ou insomnie complète, quelquefois délire passager ou même permanent.... La durée de l'érysipèle de la tête est généralement de douze à quinze jours.» (*Loc. cit.*, p. 227, 228, 229.)

Roche et Sanson : « Dans l'érysipèle de la face, le plus fréquent et le plus grave de tous, les paupières sont œdémateuses, les yeux fermés et larmoyants, le nez enflé, les narines sèches, les lèvres boursouflées, les oreilles rouges et luisantes, l'inflammation se propage quelquefois dans le pharynx et la caisse du tympan. Dans l'érysipèle du derme chevelu, les téguments du crâne sont œdémateux, présentent de bonne heure une inflammation molle et pâteuse, sont peu rouges; les douleurs sont très-vives, et le moindre contact les renouvelle; enfin la suppuration, la gangrène du tissu cellulaire sous-jacent et la fétidité des matières purulentes, en sont les effets ordinaires. Quelquefois les os du crâne sont dénudés.» (*Loc. cit.*, p. 295.)

Rayer : « L'érysipèle de la face est sans contredit de tous le plus fréquent. Il commence par le nez, les joues, les paupières ou les lèvres, et s'étend avec plus ou moins de rapidité à la moitié et, plus souvent, à la totalité du visage; le tissu lâche des paupières est tuméfié, œdémateux.... De tous les érysipèles, celui de la face est le plus sujet à une résolution brusque; cette fâcheuse terminaison est le plus ordinairement précédée ou suivie d'affection du cerveau ou de ses membranes, annoncée par du délire, un assoupissement profond et léthargique, des soubresauts tendineux, etc... L'érysipèle du cuir chevelu offre presque toujours les caractères de l'érysipèle phlegmoneux. Les piqûres, les contusions, les plaies contuses, en sont les causes les plus fréquentes; il se manifeste ordinairement dans le voisinage du point irrité, quelquefois du côté opposé, du sixième au dixième jour de la plaie des téguments.... La tension des téguments vers l'occiput, le gonflement du pavillon des oreilles, rendent quelquefois le décubitus sur le dos et sur le côté presque impossible.» (*Loc. cit.*, p. 152.)

Piorry : « Les praticiens ont été depuis long-temps frappés de voir des érysipèles de la tête très-peu graves au début, prendre de l'intensité, se compliquer d'accidents rapportés à l'encéphale, etc. On croit en général que l'extension de la maladie au cuir chevelu est la cause de ces phénomènes cérébraux; c'est en effet lorsque la maladie ayant d'abord son siége à la face, commence à envahir les téguments du crâne, que ces derniers symptômes surviennent; mais d'un autre côté, on sait que les plaies de la peau du crâne donnent lieu, dans certains cas, à des érysipèles fréquemment suivis d'accidents cérébraux. La plupart des anciens auteurs ont admis qu'il s'agissait ici d'une métastase. Cullen s'élève contre cette opinion. Il est évident qu'il ne s'agit pas d'une métastase, quand les accidents inflammatoires sévissent à la peau; contre un des cas où l'inflammation externe disparaît, on en a dix où elle continue et même augmente. D'autres, notamment Darwin, expliquent ce fait par la sympathie du cuir chevelu et des méninges. M. Ribes avant trouvé du pus dans les veinules qui naissent de l'érysipèle, on sera peut-être tenté de l'attribuer à la phlébite.... Il y a plutôt lieu de penser que c'est par propagation de l'extérieur à l'intérieur, que les accidents ont lieu. On a choisi pour voie de cette communi-

cation, les ouvertures vasculaires du crâne, l'exiguité de ces vaisseaux, ne permet pas de croire la chose possible, et Dupuytren a remarqué que les capillaires de la peau du crâne sont indépendants de ceux du tissu cellulaire épicrânien. Bosquillon se rend compte de cette propagation par les communications existant entre les carotides externe et interne; mais si les érysipèles de la face, tout aussi bien que ceux du cuir chevelu, sont suivis de symptômes du côté du cerveau, si dans beaucoup de cas même, la phlegmasie de la peau du crâne est accompagnée de ces accidents, lorsque cette phlegmasie s'étend aux orbites, la plupart de ces explications n'ont plus de valeur.... Les faits semblent prouver que l'érysipèle de la face détermine surtout des accidents cérébraux lorsque l'inflammation s'étend au cerveau par l'orbite.» (*Loc. cit.*, p. 379.) Suivent huit observations à l'appui de ces principes et des réflexions puisées dans l'anatomie de l'orbite, la considération des abcès qui se développent au fond de cette cavité, etc.

M. Malle partage à peu près les idées de M. Piorry, sur la manière d'expliquer la propagation des accidents encéphaliques dans l'érysipèle; il rapporte six observations, trois à l'appui de cette théorie, trois autres qui tendraient à la modifier, de manière à faire voir que dans certains cas où les paupières étaient très-tuméfiées, aucun accident cérébral n'est survenu, tandis que dans d'autres, où cette même tuméfaction n'existait pas, l'encéphale s'est trouvé gravement compromis. Il admet donc l'explication, mais d'une manière moins absolue, moins exclusive, et termine en appelant l'attention des médecins physiologistes sur les nombreuses communications signalées par Bichat, entre les tissus cellulaires extra et intracrâniens. (*Gaz. méd.* 1833, t. I, p. 346.)

Chrestien : « Pendant le cours d'une pratique de 50 ans, je n'ai eu à soigner qu'un seul cas de délire violent, accompagnant les érysipèles à la face et sur le cuir chevelu, j'en ai cependant beaucoup traité; l'absence de cet accident ne serait-elle pas due à la méthode que j'emploie généralement (saignées au début, dans le cas d'indication; immédiatement après, tartre stibié à titre d'émétique). » (*Gaz. méd.* 1833, t. I, p. 454.)

Dupuytren : « Nous avons déjà parlé de l'érysipèle, complication tellement fréquente, que sur trois blessés, à peine un ou deux en sont exempts. Le phlegmon érysipélateux ou diffus est plus rare, mais bien plus dangereux ; le péricrâne peut être le siége d'un travail inflammatoire, les os aussi peuvent s'enflammer et suppurer... La gangrène consécutive de la peau, très-commune aux membres pelviens, est fort rare à la tête ; là cependant aussi le phlegmon diffus est assez fréquent. Mais la disposition des artères est tout autre; situées entre la peau et l'aponévrose occipito-frontale, les artères temporales, occipitales, tiennent tellement à la peau, que dans les dissections il est fort difficile de les en détacher. Si un phlegmon survient dans cette région, son siége constant est entre le péricrâne et l'aponévrose ; si la suppuration a lieu, et que, prompte et bornée, elle n'ait pas endommagé le péricrane, la maladie n'est pas mortelle; elle l'est au contraire, si le péricrâne est à nu ou détruit, mais la peau échappe à la destruction, parce que les artères continuent à lui apporter une nourriture suffisante ; lors même que la totalité du tissu cellulaire crânien serait détruite, sa chute ne ferait pas cesser les communications artérielles avec la peau. Nous n'avons vu qu'un seul cas où la peau elle-même ait été frappée de gangrène. » (*Loc. cit.*, p. 295 et 509.)

L'érysipèle de la tête peut offrir toutes les conditions inflammatoires de la fluxion érysipélateuse, nous ne devons pas les reproduire ici, puisque nous aurions à répéter l'histoire de cette maladie, mais ce qu'il nous importe surtout, c'est de préciser les causes les plus ordinaires, les modes principaux, les caractères particuliers et le traitement de l'exanthème dans cette localité.

Sous le rapport des *causes*, l'érysipèle saburral ou bilieux est celui qui affecte le plus ordinairement la face avec ou sans extension au crâne, tandis que l'érysipèle traumatique porte plus souvent sur le crâne avec ou sans propagation à la face. Si la face et le crâne sont en même temps envahis, la maladie, toutes choses égales, présente un pronostic beaucoup plus sérieux. Les plaies, les opérations de la face, peuvent aussi se compliquer d'érysipèle, surtout lorsqu'elles portent sur des parties aponévrotiques et nerveuses; mais c'est au crâne particulièrement que les contusions, les déchirures, les piqûres, etc., déterminent si souvent cette grave complication, que l'on doit s'abstenir de toute opération même légère à cette partie, lorsqu'il existe chez le sujet des prédispositions ou dans l'atmosphère une constitution érysipélateuse.

Sous le rapport des *symptômes*, ils sont en général peu graves à la face, tant qu'ils n'envahissent pas les orbites et que la maladie conserve les caractères de l'érysipèle simple. Ces symptômes deviennent au contraire très-graves, lorsqu'ils se propagent au crâne, et spécialement lorsque la maladie revêt les caractères du phlegmon érysipélateux. Toutefois, même dans ce dernier, la peau n'est pas exposée à la gangrène comme dans les autres parties; nous devons à Dupuytren l'explication anatomique de ce fait important. Mais il existe ici une complication grave, qui donne à ces érysipèles de la tête un caractère sérieux, dont l'occasion ne se rencontre pas également ailleurs, cette complication est l'invasion inflammatoire des méninges ou des organes intra-crâniens. Le délire s'observe sans doute quelquefois dans l'érysipèle des autres parties; mais

ce n'est alors qu'une complication rare et sans liaison directe avec les phénomènes de la fluxion érysipélateuse. A la tête au contraire, et surtout au crâne, cette application est fréquente, et liée par des rapports intimes avec l'érysipèle; il devient fréquemment dans cette variété la maladie principale, celle qui fait courir les plus grands dangers.

Dans l'érysipèle bilieux le crâne est rarement seul ou primitivement affecté; c'est ordinairement par le nez que débute la fluxion; celui-ci se gonfle, rougit, avec sécheresse des narines, apparence de coryza, ce qui peut tromper au début sur le véritable caractère de la maladie. De ce point l'érysipèle parcourt souvent toute la face et le crâne, en décrivant un cercle plus ou moins régulier, des rayons érysipélateux s'étendent plus rarement vers le cou au summum du développement qui se manifeste du troisième au sixième jour. La tête est quelquefois monstrueuse et les traits méconnaissables; les lèvres sont épaisses et comme renversées en dehors, les pommettes saillantes, les paupières dans un état complètement œdémateux et souvent couvertes de phlyctènes, la peau du front lisse, tendue, luisante, les oreilles comme soufflées et presque toujours très-douloureuses au plus léger contact, sensibilité que partage souvent aussi la peau du crâne; les ganglions cervicaux sont quelquefois très-gonflés et très-douloureux. Ajoutons une salivation assez ordinaire avec l'état muqueux et bilieux de la langue, ou bien la sécheresse, l'aridité, la rougeur de celle-ci, les rêvasseries, l'insomnie, la fièvre et les autres caractères de l'érysipèle en général, et nous aurons des traits suffisants pour apprécier les caractères particuliers de cette variété.

La résolution du sixième au douzième jour, quelquefois un peu de suppuration des paupières terminent la maladie quand sa marche est normale. Si le délire se manifeste, il peut être vague, erratique ou sombre, tranquille, avec état comateux: cette complication comme toutes les autres, peut offrir des modifications qui n'ont alors plus rien de particulier.

Dans l'érysipèle phlegmoneux, le siége de l'altération diffère de celui des autres parties, il est ici comme l'a fait observer Dupuytren, entre l'aponévrose occipito-frontale et le péricrâne; on conçoit dès-lors combien cette disposition en diminuant les dangers du côté de la mortification de la peau, les augmente sous le rapport des étranglements qui ne manquent pas d'arriver avec une grande rapidité; ainsi dans cette variété, moins d'accidents superficiels cutanés, plus d'accidents profonds, osseux, sans même parler des complications inhérentes au voisinage des méninges et des organes intra-crâniens. Le périoste, les os peuvent s'enflammer, ces derniers être frappés de carie; nous en citerons un fait: du reste tous les accidents généraux de l'érysipèle phlegmoneux, accidents que ce dernier siége rend encore plus nombreux et plus variés.

Sous le rapport du *traitement*, nous laisserons de côté tous les points qui rentrent naturellement dans les généralités, et qui se trouvent déjà suffisamment établis. Dans l'érysipèle de la face et surtout du crâne, les applications topiques sont presque toujours inutiles et souvent même nuisibles. Il faut surtout bien se garder d'employer les répercussifs; on doit avoir constamment sous les yeux le voisinage des organes intra-crâniens, la facilité, le danger imminent des rétrocessions métastatiques vers ces derniers. Fabrice d'Aquapendente proscrit toute application dans l'érysipèle de la tête et particulièrement tous les réfrigérents qui peuvent produire la frénésie ou l'angine. — Hoffmann rapporte un cas dans lequel ces moyens produisirent une esquinancie avec suffocation imminente. — Hagendorn (*Hist. med. phys. cent.* 1. *hist.* XXXVIII.) dit qu'une femme atteinte d'une inflammation érysipélateuse de la face, ayant imprudemment recouvert la partie de linges imbibés d'eau froide reçut à la vérité de cette application un certain soulagement à sa douleur, mais bientôt le mal porté à l'intérieur occasiona un délire si atroce qu'il se termina par la mort. — Il faut donc se borner aux simples moyens que nous avons conseillés pour diminuer la tension, la douleur et la sécheresse de la peau; du reste s'il survient une métastase on doit effectuer le rappel de l'inflammation par les applications appropriées. — Quant à l'érysipèle phlegmoneux il nécessite l'emploi des moyens déjà conseillés, mais avant tout, et dès le premier temps de l'indication, des incisions multipliées et qui dans cette partie doivent toujours comprendre la peau et l'aponévrose occipito-frontale, dès lors être crucialement effectuées d'après le principe que nous avons émis relativement aux incisions des membranes fibreuses. Le débridement est en effet ici la première condition du traitement.

Obs. XLIII. — Maillette, infirmière à l'hôpital du Mans, âgée de 54 ans, d'un tempérament bilieux nerveux, d'une petite stature, d'un caractère énergique, ayant éprouvé déjà plusieurs fois des érysipèles à la face, se renouvelant à peu près tous les ans à la même époque, surtout depuis la cessation des règles, et presque toujours sous l'influence d'une inflammation de l'estomac, éprouva, dans la nuit du 13 fév. 1828, une céphalalgie profonde, avec frissons irréguliers, fièvre, suivie de chaleur sèche et mordicante. — 14, sans prendre aucune précaution, et n'écoutant que son courage, la malade se livre à ses occupations ordinaires. Le soir, la fièvre reparaît avec une nouvelle intensité, la céphalalgie se réveille, la joue gauche rougit, se gonfle; sentiment pénible à l'épigastre, nausées presque continuelles, langue rouge, sèche, pouls fréquent, irrégulier,

urines rares et rouges, selles difficiles, repos au lit, boisson gommeuse nitrée, lavement émollient, bain de pieds synapisé. — 15, gonflement de la face bien plus considérable, étendue aux deux côtés, yeux brillants, sensibles à la lumière; 12 sangsues sous les côtes gauches, synapismes mitigés promenés sur les pieds et les genoux, lait coupé pour tout aliment. — 16, même intensité des accidents, les sangsues ont mal pris et peu donné, ne pouvant en obtenir de meilleures, saignée du bras de deux palettes et demie.

17. Gonflement de la face un peu diminué, langue moins rouge, moins sèche, épigastre moins douloureux, tête pesante, yeux sensibles; sommeil agité, rêvasseries : saignée du bras de six onces.

18. Face encore rouge, surtout dans les régions frontale et oculaires, peau de ces parties comme soufflée, très-sensible à la pression, langue encore rouge et sèche, pouls un peu ferme, sans beaucoup de fréquence. Épigastre sans tension et presque sans douleur. Évacuations alvines par les lavements.

20. L'érysipèle a presque entièrement disparu, peau encore rouge et squammeuse dans les points indiqués, langue plus humide, moins rouge. Selles naturelles, soupes.

23. Encore un peu de faiblesse.

24. Guérison.

Obs. XLIV. — Belliard, pontonnier, âgé de 28 ans, constitution très-forte, a eu, dans l'espace de trois ans, deux érysipèles, qui ont cédé à des saignées et à l'application de sangsues. — 2 mars, après avoir été occupé, pendant plusieurs jours, à des travaux sur le Rhin, il ressentait des douleurs très-vives dans le trajet du nerf sciatique et poplité externe. La douleur persistant, il entra à l'hôpital le 5, où il offrit tous les symptômes de la sciatique: Deux saignées pratiquées les deux premiers jours et un vésicatoire placé sur la tête du péroné ne diminuèrent pas les douleurs. — 18. Apparition d'un érysipèle au côté gauche du visage, qui s'étend bientôt sur toute cette partie et sur le front. — 21. Tuméfaction, chaleur, rougeur, douleurs considérables; les paupières surtout sont le siége d'un gonflement remarquable. Insomnie, céphalalgie, pesanteur de tête; le pouls est dur, fréquent, la peau chaude, la langue un peu rouge à ses bords, soif vive; diarrhée légère: une saignée de 10 onces et deux épistaxis produisent une diminution dans les symptômes. La douleur névralgique ne se fait plus sentir que par intervalles, et disparaît insensiblement. L'érysipèle parcourt la marche ordinaire à cette affection; l'engorgement des paupières diminue, l'épiderme tombe par larges écailles et le malade est guéri de cette phlegmasie et de sa sciatique (Malle. *Loc. cit.*, p. 348.)

Obs. XLV. — Un manœuvre, âgé de cinquante-cinq ans, fit une chute sur la tête d'un lieu peu élevé; transféré à l'Hôtel-Dieu, le 3 avril 1812, il offrait une plaie légère au sommet de la tête, et une autre un peu plus considérable à la tempe droite.

Les trois premiers jours, il ne survint aucun accident.

Le quatrième jour, délire furieux, face animée, langue sèche, pouls fréquent et dur, insomnie : saignée du pied, potion avec cinquante gouttes de laudanum. Ces moyens n'apportent aucun calme.

Les jours suivants, les symptômes deviennent plus intenses; l'inflammation, d'abord bornée aux environs de la plaie du sommet de la tête, se prolonge bientôt au cuir chevelu et à la face, en même temps continuation du délire, vociférations continuelles, langue sèche, défaut absolu d'appétit; amaigrissement sensible de tout le corps.

Huitième jour. On pratique une incision cruciale sur la plaie située au sommet de la tête; et l'on place de la charpie entre les lambeaux : sinapisme aux jambes; à l'intérieur, eau de veau.

Neuvième jour. Cessation du délire, diminution de l'inflammation des téguments du crâne; on excite la suppuration de la plaie.

Dixième et onzième jour. Retour du sommeil et de l'appétit, résolution complète de l'inflammation, desquammations de la peau du crâne et chute d'une partie des cheveux.

Quinzième jour. Le malade sort guéri, seulement son intelligence un peu faible, paraît avoir été altérée par l'intensité du délire. (Patissier. *Clinique de Dupuytren*, *loc. cit.*, p. 46.)

Obs. XLVI. — Au n. 66 de la salle Sainte-Marthe est couché depuis quelque temps un malade, dont l'affection n'avait pu être bien caractérisée. Il est âgé de 24 ans, d'une assez bonne constitution, mène des chevaux et transporte des pierres à Paris. Depuis quatre mois, ulcères qui ont détruit plusieurs portions des téguments du crâne. Il avait reçu les soins de plusieurs médecins; quelques-uns, croyant à une cause vénérienne, (le malade avait été affecté de cette maladie), lui firent subir plusieurs traitements qui n'apportèrent aucune amélioration dans son état; un des derniers qu'il consulta ouvrit quelques abcès qui s'étaient formés sous les téguments; mais les collections purulentes occupaient la partie supérieure du crâne; on ne pratique pas de contre-ouverture aux parties déclives du crâne, pour permettre l'écoulement de la suppuration; il en résulte un décollement de presque tous les téguments craniens, des ulcères, des fistules, la perte de l'œil gauche, et une nécrose des deux tiers de la table externe du crâne. C'est dans cet état qu'il a été amené à l'Hôtel-Dieu. On croit aux suites d'une affection vénérienne : traitement antisyphilitique, pas de soulagement. Dupuytren reconnaît alors que cette affection est due à un érysipèle phlegmoneux; puis le malade se ressouvient d'être tombé sur la tête en chargeant de moel-

lons une de ses voitures; quelques jours après cet accident, malaise, céphalalgie, insomnie, bientôt douleurs vives à la tête, inflammation œdémateuse des téguments du crâne qui s'est propagée à la face; la peau s'enfonçait sous la pression du doigt et conservait long-temps son empreinte, sensibilité extrême de la peau du crâne, fièvre violente. Aucun médecin ne fut appelé, état comateux puis suppuration.

Alors il réclame des hommes de l'art, qui eurent recours aux moyens précédemment indiqués.

Voici l'état dans lequel il entra à l'Hôtel-Dieu : ulcère large occupant la portion droite du coronal, remontant vers la suture de cet os avec les pariétaux en suivant la direction, et venant se terminer en s'élargissant à la tempe du côté opposé. Second ulcère de la largeur d'une pièce de six francs, occupant tout le pariétal droit; d'autres plus petits occupent les côtés opposés de la base de l'occipital; enfin, douze plaies, tant ulcères que points fistuleux. Un de ces derniers partant de l'ulcère qui occupe le coronal, est venu passer sur l'arcade orbitaire du côté gauche, et, en y laissant pénétrer la suppuration, a détruit l'œil.—Dupuytren sonde les abcès, reconnaît une nécrose du frontal et du pariétal gauche. A l'aide d'une pince, il enleva plusieurs portions de la table externe du frontal jusque près du sinus, et une tenaille incisive acheva de séparer la table externe nécrosée du pariétal droit. Ces portions d'os, lavées et réunies, forment à peu près les deux tiers du crâne; leurs faces externes sont lisses, polies, tandis que leurs faces internes sont rugueuses.—Mardi, 6 novembre, vingt-quatre heures après l'opération, le malade est très-bien. — Jeudi, 27 décembre, presque toute la table externe et une grande portion de la table interne ont été enlevées à la suite de leur nécrose; ces parties d'os réunies forment plus des deux tiers du crâne. Quelques accidents, la fièvre, le dévoiement, étant survenus, Dupuytren a suspendu l'enlèvement des portions d'os qui restent; si le malade survit, si pendant le travail éliminatoire qui reste à se faire il n'éprouve plus d'accidents, il ne lui restera que les méninges pour protéger le cerveau. Il serait facile de suppléer à la perte de la voûte osseuse par une calotte en cuir bouilli. Autant de temps, dit Dupuytren, que l'arachnoïde ne sera pas mise à nu, on pourra conserver quelque espoir de guérison. On craint qu'il n'existe entre la table interne et la dure-mère une collection purulente; il serait inutile de recourir ici à l'application d'une couronne de trépan pour donner issue à la suppuration, car il existe des ouvertures à la table interne. On soutient le malade par les toniques. (Aussandon. *Clinique de Dupuytren. Lancet. franç.*, t. VI, p. 449 et 535. 1832.)

—

13° DE L'ÉRYSIPÈLE DU TRONC.

L'érysipèle du tronc est surtout remarquable par la forme qu'il prend le plus communément, et qui représente celle d'une demi-ceinture ou d'une ceinture entière; disposition qui l'a fait nommer *zona, zoster*, *hemizona* : cette altération est connue dès la plus haute antiquité. Pline avait même porté sur son pronostic une sentence beaucoup plus célèbre qu'elle n'est justifiée par les faits; il avait dit en parlant de cet érysipèle : *si cinxerit, enecat.* Or, nous en avons vu deux formant une ceinture entière, et dont les caractères n'ont pas été plus graves que ceux de l'hémizona; des faits de ce genre se trouvent également consignés dans les observateurs. Une difficulté se présente ici : doit-on ranger le zona dans la classe des érysipèles? Les avis sont partagés; il peut exister de bonnes raisons pour et contre; nous ne chercherons pas même à les apprécier; nous suivrons l'opinion qui nous semble moins contestable, et qui de plus a l'avantage d'être la plus ancienne et la plus généralement partagée. D'ailleurs ce vice de position, en admettant qu'il existât, ne présentera rien de contraire au diagnostic et au traitement de la maladie.

Lassus : « Le zona, ceinture de feu, ceinture dartreuse, est une affection cutanée qui participe de l'érysipèle et de la dartre....; elle n'attaque que les adultes et jamais les enfants; .... se manifeste surtout chez les personnes d'un tempérament bilieux.... ordinairement sur un des côtés de la poitrine ou du bas-ventre, par l'apparition de petites vésicules blanches, séreuses, de la grosseur d'un grain de millet, qui se réunissent par plaques et forment sur la peau, qui devient très-rouge, une demi-ceinture large de quatre à cinq travers de doigt, laquelle s'étend depuis le sternum jusqu'aux vertèbres dorsales, d'un seul côté.... sans jamais faire le tour du tronc... la rougeur de la peau augmente, prend une teinte érysipélateuse, les petites vésicules s'ouvrent et il s'établit une exsudation séreuse puriforme, quelquefois aussi abondante que celle d'un vésicatoire.... sa durée est de 25 à 30 jours. » (*Loc. cit.*, p. 12.)

Renauldin : « L'érysipèle qui entoure en manière de demi-ceinture quelque partie du tronc comme la poitrine, le dos, l'abdomen, a, par cette raison, reçu le nom de *zona, zoster*. Il est caractérisé par des vésicules très-rapprochées qui couvrent en partie la rougeur érysipélateuse et qui sont de couleur blanche ou rougeâtre; nous ignorons pourquoi dans ces derniers temps on a voulu ranger cet exanthème aign dans la classe des affections dartreuses dont il diffère évidemment par ses symptômes, sa marche, sa durée et son traitement. » (*Loc. cit.*, p. 262.)

Pinel : « Le zona a des symptômes et une marche qui paraissent le rapprocher également de l'érysipèle et de la dartre...; ses prédispositions, ses causes,

sont peu connues; elles paraissent être en grande partie les mêmes que celles de ces deux maladies...; cette éruption inflammatoire est surmontée de vésicules ou de petites pustules très-rapprochées. » (*Loc. cit.*, p. 90 et 92.)

Boyer : « L'érysipèle pustuleux ou zona, zoster, est une inflammation de la peau qui paraît affecter plus particulièrement le tissu réticulaire de cette membrane, et qui est toujours accompagné d'une éruption de pustules nombreuses et rapprochées. Cette espèce d'érysipèle est caractérisée par une rougeur plus ou moins vive, disposée autour du corps en forme de bande demi-circulaire, continue ou composée d'une suite de plaques, par des pustules qui couvrent la rougeur et qui la précèdent quelquefois, par des picotements et une douleur cuisante qui précèdent et accompagnent l'éruption érysipélateuse, enfin par le dessèchement des pustules et leur transformation en croûtes qui tombent sans se renouveler et terminent la maladie dont la durée est de 20 à 30 jours; il participe de la dartre et peut avoir son siége dans toutes les parties du corps, mais il se manifeste ordinairement sur le tronc...; il dépend toujours d'une cause interne. » (*Loc. cit.*, p. 26 et 28.)

Marjolin : « L'érysipèle pustuleux ou zona diffère de l'érysipèle simple, parce qu'il est constamment produit par cause interne ; il est ordinairement sporadique, quelquefois épidémique ; il affecte de préférence les adultes et les vieillards, paraît surtout au printemps et dans l'automne, attaque ordinairement le tronc, y forme une demi-ceinture qui peut être transversale ou oblique, est presque toujours précédé de symptômes bilieux généraux.

La partie qui doit être affectée rougit avec chaleur âcre, douleur vive, prurit insupportable, tension, etc.; paraissent ensuite des vésicules de la grosseur d'un grain de millet, transparentes, circonscrites par une aréole inflammatoire. Leur sérosité devient trouble, s'écoule après l'ouverture de la vésicule, irrite les parties, augmente l'inflammation, se dessèche et forme des croûtes. » (*Leçons orales*, 1813.)

Bateman : « Le zona, zoster ou *shingles* est regardé comme une variété de l'érysipèle par les nosologistes et par plusieurs praticiens; mais cet état est invariablement une éruption de vésicules, non de bulles, et présente tous les autres signes caractéristiques de l'herpès. Cette maladie suit une marche semblable à celle de l'exanthème accompagné de fièvre. Elle est précédée d'anorexie, frisson, etc... Le malade commence par éprouver sur quelque partie du tronc un sentiment de chaleur, de démangeaison et de fourmillement. L'on aperçoit sur les parties douloureuses, plusieurs taches rouges, irrégulières, situées à peu de distance l'une de l'autre. Ces taches deviennent proéminentes, plus nombreuses et sont réunies entre elles; leur surface est vésiculeuse, leur volume augmente, elles deviennent dans l'espace de 24 heures, grosses comme des petites perles et sont remplies d'un fluide qui leur donne un aspect transparent. Le diamètre des pelotons des vésicules varie depuis un jusqu'à 2 ou 3 pouces, et une inflammation vive se manifeste à leur base et se propage sur les parties ambiantes. De nouvelles vésicules s'élèvent successivement pendant 3 ou 4 jours... ordinairement elles entourent le milieu du corps, elles ont la forme d'un demi-ceinturon ou du baudrier d'un épée qui passe sur l'épaule. Pendant que de nouveaux pelotons vésiculaires se développent, les anciennes vésicules perdent de leur transparence, sont laiteuses ou jaunes dès le quatrième jour, leur base et le liquide qu'elles contiennent, prennent une couleur bleue et livide, les nouvelles vésicules deviennent confluentes, elles s'aplatissent de manière à ce que plusieurs d'entre elles sont presque oblitérées. Elles sont ordinairement ouvertes à cette époque et elles donnent issue à un liquide séreux qui se transforme en croûtes noires destinées à remplacer les vésicules. Ces croûtes sont bientôt très-consistantes, et elles adhèrent à la peau d'une manière très-forte jusqu'à ce qu'elles se détachent, ce qui arrive vers le douzième ou le quatorzième jour, etc.» (*Loc. cit.*, p. 278 et 279.)

Biett, Cazenave et Schedel : « Le zona a été regardé comme une espèce d'érysipèle et cette erreur est tellement peu fondée qu'il suffit presque de la signaler... Il est caractérisé par la présence de plaques irrégulières, d'étendue variable, d'un rouge vif, qui sont recouvertes de vésicules agglomérées et qui se présentent sous la forme d'une demi-ceinture ou zone sur le tronc ou les membres : ordinairement c'est d'un point de la ligne médiane du corps que part la zone pour se rendre au point opposé sans jamais dépasser cette ligne. » (*Loc. cit.*, p. 109.)

Alibert : « Le zoster eczème, se manifeste par une éruption de vésicules agglomérées qu'entoure une auréole rouge et inflammatoire. Ces vésicules se rassemblent communément en manière de ceinture sur un des côtés du corps, depuis l'épine du dos jusqu'à la ligne blanche... On l'observe aussi sur une des parties latérales du cou y figurant une sorte de cravate, ou une jarretière autour des genoux. Il y détermine une sensation brûlante et prurigineuse. Après quelques jours les vésicules se dessèchent et laissent sur la peau des taches rougeâtres qui disparaissent avec le temps. » (*Loc. cit.*, p. 59.)

Rayer : L'herpès zoster est ainsi nommé parce qu'il apparaît le plus ordinairement sur un des côtés du corps, sous la forme d'une bande demi-circulaire formée par plusieurs groupes de vésicules agglomérées susceptibles de se transformer par leur réunion en bulles irrégulières et dont la gué-

rison est ordinairement complète après 2, 3 ou 4 septenaires. L'éruption peut être discrète... plus rarement confluente...; je n'ai point observé le zona sous forme chronique...; il peut se développer sur toutes les régions du corps, le plus souvent sur le tronc, quelquefois au cou, au cuir chevelu, aux bourses et sur les membres; comme l'érysipèle et plus rarement que lui, il est quelquefois précédé de frisson, de céphalalgie, etc. » (*Loc. cit.*, p. 330.)

Roche et Sanson : « Une éruption successive de taches rouges, surmontées de vésicules transparentes et de pustules blanches et rouges, disposées en demi-ceinture depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne médiane, autour du thorax ou de l'abdomen avec ardeur et vive démangeaison de la peau, quelquefois avec symptômes de gastro-entérite; cette éruption, disons-nous, a reçu le nom de zona. » (*Loc. cit.*, p. 319.)

Broussais : « Des pustules paraissant à la surface de l'érysipèle, on en voit dans presque toutes les variétés, mais plus particulièrement dans le zona qui est un érysipèle comme un autre, qu'on ne doit point isoler malgré sa forme particulière. Si l'on objecte qu'il est en rapport avec des affections gastriques, je répondrai qu'il peut être indépendant et primitif comme les autres, je l'ai bien constaté. » (*Loc. cit.*, p. 109.)

Le zona (*zoster, ignis sacer*, Pline; *zona ignea*, Hoffmann; ceinture de feu, ceinture dartreuse, *herpes cenchrias*, Lassus; érysipèle pustuleux, Boyer, Marjolin; *eczema zoster*, Alibert; *shingles*, Bateman; *herpes zoster*, Biett, Cazenave, Schedel, Rayer; érysipèle miliaire de quelques auteurs, est une inflammation érysipélateuse, participant, quant à sa forme, des caractères de l'eczème et de l'exanthème; quant à ses prédispositions, ses causes, sa marche et son traitement, offrant à peu près toutes les conditions de l'érysipèle bilieux, peut affecter toutes les parties, mais son siége de prédilection spéciale est le tronc sur lequel il se développe ordinairement à la portion thoracique, plus rarement à l'abdominale, et de manière à parcourir presque toujours obliquement l'une des moitiés de la circonférence, de la ligne blanche à la série des épines vertébrales. Dans quelques dispositions très-rares on l'a vu former un cercle complet. Il affecte communément l'âge viril, les tempéraments bilieux, se manifeste surtout vers la fin des étés brûlants, sous l'influence d'une mauvaise alimentation, des viandes faisandées, salées, etc., etc. En un mot, dans la grande majorité des cas, ses causes prédisposantes, immédiates, occasionnelles, sont précisément celles de l'érysipèle bilieux. Nous renvoyons, dès lors, à cet article pour les généralités de l'étiologie et même du traitement, nous bornant ici à l'examen des spécialités que l'une et l'autre peuvent nous offrir.

Après un, deux ou trois jours, des symptômes précurseurs de l'état bilieux, apparaissent au siége de la maladie, quelquefois sur un lieu très-circonscrit, soit quelques points rougeâtres sur lesquels s'élèvent bientôt des vésicules d'apparence miliaire, soit d'abord ces vésicules qui s'entourent immédiatement d'une auréole inflammatoire; nous avons observé ces deux modes; la rougeur est ordinairement foncée, la chaleur âcre, cuisante, prurigineuse, brûlante, quelquefois même les malades ressentent profondément, et sous le siége de l'altération, des douleurs vives, lancinantes, analogues à celles que produirait une lame acérée. D'autres vésicules ou d'autres points rougeâtres s'élèvent progressivement et bientôt naissent des plaques formées par la disposition agminée de ces vésicules séparées par des intervalles enflammés de deux ou trois lignes, ou davantage, et quelquefois à peine distincts suivant le degré de la confluence. Les plaques sont elles-mêmes incomplètement isolées par des portions de peau moins rouge et placées de manière à former une ceinture de 3 à 4 doigts en largeur, à bords très-inégaux, à surface marbrée, et sur laquelle on voit communément se dessiner la forme des côtes par des stries plus rouges, lorsqu'elle recouvre le thorax. Ce n'est qu'après trois, six, huit ou dix jours même que cette hémiceinture est complétée; l'inflammation étant toujours ici progressive, comme dans la plupart des autres variétés de l'érysipèle et les premières vésicules formant déjà des croûtes, lorsque les dernières apparues sont encore à l'état naissant; de telle sorte qu'après le temps indiqué, l'on peut sur le même zona voir d'un seul coup d'œil, toutes les phases de l'éruption vésiculaire en remontant par degrés des points les derniers envahis à ceux que l'exanthème a d'abord affectés.

Du reste, les accidents relatifs à la métastase, à la suppuration, etc., etc., sont analogues à ceux que nous avons assignés à l'érysipèle proprement dit. Nous avons vu le zona chez un homme d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 47 ans, souvent affecté de rhumatismes vagues, offrir trois invasions dans la même année au printemps, à la fin de l'été, de l'automne et dans la dernière passer à l'état chronique et se prolonger pendant cinq mois. C'est le seul cas de ce genre que nous ayons observé. Un fait important et relatif à cette variété, s'est offert huit ou dix fois à notre examen. Vers la fin de la desquammation et chez quelques sujets, six mois, un an même, après la disparition entière des symptômes locaux, les malades ont éprouvé, dans le siége même de l'altération, le retour de ces élancements pongitifs que nous avons signalés au début de la maladie, sans que nous pussions apercevoir à la peau qui recouvrait le siége de ces élancements aucune rougeur, aucun caractère morbifique, non plus que dans les parties sous-jacentes, qui suppor-

taient la pression même avec soulagement. Nous dirons quel moyen on peut employer avec le plus de succès dans cette pénible complication qui nous a semblé une sorte d'effort exanthématique incomplet, d'autant mieux que cet accident reparaissait à peu près sous l'influence des mêmes prédispositions. L'humorisme trouverait peut-être ici matière à discussion ; nous livrons ce fait sans en chercher une interprétation plus complète : « M. Chomel et beaucoup d'autres observateurs ont déjà signalé le fait sur lequel nous appelons l'attention des pathologistes : « Le zona ne mériterait pas non plus que nous en fissions une mention spéciale, si je n'avais à vous faire observer que tous les auteurs ont remarqué la permanence de l'ardeur et de la douleur cutanée dans le siége de l'éruption long-temps après que la maladie avait disparu, mais que *personne n'a signalé les douleurs rhumatismales* qui précèdent cette maladie et qui constituent en quelque sorte les prodrômes de son invasion. » (*Clin. de M. Chomel. Lanc. franç.* 1831. t. V, p. 162.)

Le traitement du zona rentre pour les généralités dans les indications de l'érysipèle bilieux, boissons acidules, évacuants, diète, etc. Chez quelques sujets pléthoriques, hémorrhoïdaires, etc., il exige les saignées ou les sangsues au siége, etc., moyens qu'il faut employer avec discrétion.... Les complications typhode, adynamique, etc., se trouvent également prévues, nous n'y reviendrons pas ; mais il est des particularités relatives au traitement de cet exanthème sur lesquelles nous devons insister, d'autant mieux que chez les vieillards et dans le zona confluent, il existerait du danger à laisser marcher la maladie avec les seules ressources de la nature. Examinons les moyens locaux les mieux appropriés.

1° *Topiques émollients.* Beaucoup de médecins ont blamé les fomentations et surtout les cataplasmes. « Ils calment les douleurs, mais seulement pour un temps, après lequel ils reparaissent avec une nouvelle vigueur; ces moyens ont en outre le très-grave inconvénient de favoriser la formation d'ulcères qui résistent souvent à toutes les médications. » (Toel, *Annuaire médico-chirurg.* 1827, p. 286.)

Nous avons bien des fois employé ces moyens sans y reconnaître les graves inconvénients qu'on leur attribue ; cependant, comme topiques de cette catégorie, nous préférons les lotions par intervalle et les pommades que nous avons conseillées dans l'érysipèle ordinaire.

2° *Topiques répercussifs.* Quelle que soit leur nature, nous les considérons comme dangereux, et si l'on réfléchit aux caractères communs du zona, qui lui-même devient quelquefois critique d'une autre maladie, comme J.-W. Guldbrand en cite un exemple remarquable, et dans lequel on voit des vertiges épileptiformes disparaître entièrement après l'établissement d'un zoster, on sentira que de toutes les variétés de l'érysipèle, c'est peut-être celle dont la délitescence peut devenir le plus dangereusement métastatique, et par conséquent celle qui doit être évitée avec le plus de soin.

3° *Onctions mercurielles.* Leur emploi offrirait moins d'inconvénients, mais il n'est point encore, surtout dans ce cas, assez positivement sanctionné par l'expérience pour que nous puissions le conseiller.

4° *Méthode ectrotique.* M. Serres a surtout fait l'essai de cette médication dans le zona, d'autres l'ont répétée, mais toutes les tentatives n'ont pas été couronnées de succès, du moins dans les diverses modifications de cet exanthème. M. Rayer fait observer, d'après sa propre expérience, 1° qu'en touchant très-légèrement les vésicules ouvertes avec le nitrate d'argent la durée est diminuée ; qu'elle est prolongée si la cautérisation est trop profonde ; 2° que les vésicules convenablement cautérisées sont plus rarement suivies d'escarres ; 3° que cette méthode, qu'on peut négliger dans le zona discret, doit être employée dans le confluent, sur les groupes où l'on peut craindre les excoriations ; 4° qu'en touchant légèrement la surface de taches rouges qui précèdent les vésicules, et notamment celles qui apparaissent après les premiers groupes, on arrête presque toujours leur développement, mais sans modifier les douleurs vives qui les accompagnent.

M. Alibert conseille également cette méthode. M. Piorry (*Lanc. Franç.*, 1833, t. VII, p. 26) rapporte, à cette occasion, l'expérience suivante, faite sur un hemizona du tronc : La moitié des vésicules fut cautérisée avec le nitrate d'argent, le lendemain il n'y avait plus de douleur sur les points qui leur correspondaient et leur guérison fut prompte, l'autre moitié, traitée par les cataplasmes, resta très-malade et très-douloureuse, et c'est seulement par les narcotiques, qu'on put parvenir, après plusieurs jours, à faire disparaître les douleurs. Nous ne possédons point assez de faits pour décider les avantages ou les inconvénients de cette méthode, mais nous devons ajouter que dans une inflammation exanthématique de ce genre, les moyens abortifs nous inspirent trop de craintes, pour ne pas leur préférer une médication, disons-le, plus conforme aux efforts, et peut-être au vœu de la nature.

5° *Vésicatoires.* Ils offrent, pendant le cours de l'exanthème, les effets que nous leur avons reconnus dans l'érysipèle proprement dit ; nous n'ajouterons rien sur ce point, mais il est une circonstance du zona, dans laquelle nous les avons trouvés supérieurs à toute autre médication, c'est lorsqu'il s'agit de combattre ces douleurs si violentes qui suivent quelquefois à de longs intervalles l'entière disparition des symptômes locaux; dans les cas de cette nature, nous avons avec un entier

succès, chez six malades sur huit, fait disparaître immédiatement les élancements indiqués, par l'application d'un vésicatoire sur le siége même de la douleur, avec l'attention de l'entretenir pendant huit à dix jours, alors que les émollients, l'opium, la jusquiame, la belladone, le stramonium à l'intérieur et à l'extérieur, avaient complètement échoué. Nous ajouterons à cette occasion, que Bright (*Lond. med. gaz.*, t. X, p. 328), a guéri de ces mêmes douleurs, une vieille femme, en lui faisant prendre trois fois par jour, un gros de sous-carbonate de fer.

Obs. XLVII. — M. J. de C***, tempérament bilieux, constitution forte, âgé de 32 ans, faisant un usage habituel des liqueurs alcooliques et du tabac à fumer, après s'être échauffé dans une partie de chasse qui avait duré huit jours, éprouva le 19 août 1827 des lassitudes avec frissons irréguliers, céphalalgie susorbitaire, dégoût, bâillement, pendiculation, bouche pâteuse, amère, langue jaune et saburrale : Repos, orangeade nitrée, diète.

20. Rêvasseries pendant la nuit, quelques boutons épars sur la poitrine, avec prurit, sécheresse, aridité de la peau : un bain général.

21. Même état, un peu de fièvre, constipation, urines briquetées : lavement émollient.

22. Plaques rouges sous le sein gauche, avec prurit vif, chaleur locale ; dans la journée, vésicules miliaires sur les plaques dont les progrès dessinent déjà la forme du zona.

23. Marche régulière de la maladie qui s'étend obliquement du tiers inférieur du sternum à l'épine, en passant sous l'angle inférieur de l'omoplate gauche, dans une largeur de quatre doigts dans certains points, de deux seulement dans plusieurs autres : bouillon de veau, tisane de tilleul et de sureau.

24. Apparition au dos d'un exanthème semblable de côté droit, seulement plus discret et moins douloureux, mais formant après deux jours un cercle irrégulier, à peu près complet avec celui du côté gauche, et présentant comme lui le caractère vésiculeux. Sur l'éruption, lotions par intervalles, avec une infusion du mélilot tiède, papier de soie très légèrement enduit de crême de limaçon et souvent renouvelé.

25, 26 et 27. La maladie n'offre plus rien de particulier dans sa marche. Déjà la formation des croûtes et même un commencement de desquammation se manifestent dans les points les premiers envahis.

4 septembre. La fièvre n'existe plus depuis plusieurs jours, un peu de constipation et d'anorexie: une once et demie d'huile de ricin.

6. Guérison, seulement un peu de rougeur et de sensibilité sous le sein gauche, siége de la première invasion ; les derniers symptômes se dissipent après quinze jours.

8 février 1828. Le malade nous fait appeler pour des élancements violents sous le sein gauche, survenus sans cause connue, mais qu'il nous dit avoir éprouvés avec moins de force, toujours dans le même point, par intervalle de six à huit jours, depuis la disparition du zona. Nous employons, sans aucun succès, pendant huit jours, la belladone, l'opium, le datura stramonium, la jusquiame sous toutes les formes, les cataplasmes émollients, les bains, les laxatifs, etc., cette cruelle douleur qui revient par crises de quelques minutes, trouble le sommeil et fait éprouver au malade la sensation d'un *poignard enfoncé dans les parois pectorales.* Il nous vient à la pensée d'essayer l'application d'un vésicatoire camphré de trois pouces précisément sur le siége de la douleur ; elle est faite le 17 à huit heures du soir. Nuit calme, la douleur cesse complètement et ne reparaît plus. Nous faisons suppurer le vésicatoire pendant douze jours, par précaution.

Depuis cette époque, nous avons employé le même moyen sur cinq malades, avec un égal succès. Sur deux autres, il n'a pas réussi.

Obs. XLVIII. —Venet, François, maçon, constitution forte et robuste, tempérament sanguin, était affecté d'un zona boutonneux depuis sept jours, lorsqu'il entra à l'hôpital, le 21 août 1818 : langue jaune, bouche amère, légère douleur à l'épigastre, selles rares et difficiles, soif vive, appétit presque nul, pouls peu élevé et peu fréquent. Le zona s'étendait depuis la région vertébrale jusqu'au niveau de l'ombilic ; il présentait une largeur d'environ trois travers de doigts; la rougeur était vive, inégale, interrompue çà et là ; un nombre considérable de petits boutons était répandu sur sa surface ; ces boutons, un peu plus gros que des grains de millet, étaient d'un blanc terne (analogues à ceux produits par la pommade d'Autenrieth). Le zona, borné en arrière et en avant sur la ligne médiane, était très-douloureux. Le malade accusait une cuisson semblable à celle causée par l'application d'un fer rouge.

22 août. M. Serres cautérisa avec le nitrate d'argent trempé dans l'eau toute la partie antérieure du zona. Cette opération n'a provoqué aucune douleur : limonade végétale, deux pots ; diète absolue.

23. La partie cautérisée est grise ; le sommet des petits boutons est brun et un peu affaissé. Le malade dit n'avoir éprouvé aucune douleur vers la partie cautérisée ; il se plaint, au contraire, d'un prurit très-vif vers la région vertébrale. M. Serres se décide alors à pratiquer la cautérisation sur cette partie : limonade végétale, deux pots ; diète absolue, bain.

24. Le malade va beaucoup mieux. Les boutons de la partie antérieure sont presque affaissés, ceux de la partie postérieure sont encore saillants ; la douleur a entièrement disparu ; la partie cautérisée est

brune en avant et grise en arrière. La soif a diminué ; l'appétit commence à se faire sentir. Même prescription que la veille ; la quart pour aliment.

25. Venet veut sortir. Le zona a entièrement disparu ; il ne reste plus que les traces de la cautérisation. Les boutons sont déprimés et remplacés par une bande noire, effet du nitrate d'argent ; les symptômes gastriques ont cédé en même temps que le zona. L'appétit est très-vif; demi-portion pour aliment. Limonade, deux pots ; un bain.

29. le malade sort parfaitement guéri. (Serres. *Annuaire médico-chirurg.* 1826. p. 379.)

14° DE L'ÉRYSIPÈLE DES MEMBRES.

L'érysipèle des membres nous offre également plusieurs considérations intéressantes relativement à son développement, à sa marche, à ses complications, à ses indications thérapeutiques : nous devons dès-lors en faire un article particulier.

Rayer : « L'érysipèle est le plus souvent borné à l'avant-bras ou à la jambe ; lorsqu'il s'est établi dans le voisinage des articulations il est quelquefois accompagné de l'inflammation des membranes synoviales. Si l'inflammation s'est propagée profondément au tissu cellulaire sous-cutané, le volume des parties peut être singulièrement augmenté : j'ai vu le bras acquérir presque les dimensions de la cuisse. Les membres sont le siége le plus ordinaire de l'érysipèle phlegmoneux, le repos et une attitude convenable sont deux conditions indispensables pour obtenir une guérison rapide. » (*loc. cit.*, p. 155.)

Dupuytren : « Dans les diverses régions le phlegmon érysipélateux diffus se termine fréquemment par résolution, mais aux membres inférieurs la suppuration s'établit constamment. Le tissu cellulaire de ces parties tombe aussi rapidement en suppuration que celui des paupières et des bourses. » (*loc. cit.*, p. 295.)

L'érysipèle des membres thoraciques, de même que celui des membres pelviens est assez souvent traumatique, et c'est particulièrement après les contusions, les piqûres, les déchirures, etc., des doigts, de la paume de la main, des orteils, de la plante du pied, que s'effectue leur développement : il est aisé d'en concevoir la raison, puisque ces parties des membres sont en même temps les plus sensibles et constituées par des tissus les plus propres à favoriser l'étranglement inflammatoire; c'est ainsi que nous avons vu une simple piqûre d'une aiguille au doigt indicateur amener un phlegmon diffus mortel, après s'être emparé successivement de la main, de l'avant-bras, du bras et même d'une partie des parois pectorales ; ces faits ne sont pas rares dans les fastes de la chirurgie. Ce premier caractère de l'érysipèle traumatique des membres doit appeler toute l'attention du praticien, puisqu'il faut agir surtout au point de départ de l'inflammation par des débridements appropriés, si l'on veut en arrêter les progrès et les désordres ultérieurs. Le principe émis par Dupuytren relativement au phlegmon diffus des membres pelviens, en le supposant même un peu trop exclusif, n'en doit pas moins conduire à faire de bonne heure sur les points affectés des incisions suffisantes à l'écoulement d'une suppuration qu'il est à peu près impossible d'empêcher.

Le phlegmon œdémateux semble chez les vieillards avoir fait élection des membres pelviens; c'est en effet presque toujours aux pieds, aux jambes surtout qu'on l'observe alors, soit comme déterminant l'œdème, soit, et ce cas est le plus ordinaire, comme venant s'unir à ce dernier. C'est particulièrement dans l'érysipèle des membres à divers degrés que l'on observe les engorgements ganglionaires souvent à distance considérable du siége principal de l'inflammation, tantôt sans intermédiaire capable d'expliquer cette coïncidence, tantôt avec des cordons rougeâtres étendus sur la partie interne des membres du premier point vers le second. — C'est enfin dans ces localités que les complications de la phlébite et de l'engioleucite ont été le plus souvent observées.

La thérapeutique de cette variété nous offre également quelques principes à poser ainsi : les émissions sanguines doivent être plutôt veineuses, pratiquées loin du siége de l'inflammation, que capillaires et sur le siége même de l'érysipèle. Ce précepte est d'une grande importance, lorsque l'inflammation affecte les mains ou les pieds. Les applications de sangsues effectuées sur ces parties ont presque toujours l'inconvénient majeur d'augmenter le gonflement et l'étranglement inflammatoire, plus d'une fois nous les avons vues devenir la cause occasionelle de la gangrène, — lorsqu'il n'existe pas de contr'indication patente, c'est dans les érysipèles des membres que l'on peut avec le moins d'inconvénients employer les méthodes réfrigérente, mercurielle, ectrotique, etc. — C'est également sur ces parties que la compression plus facilement effectuée peut compter un plus grand nombre de succès ; toutefois elle ne doit pas inspirer une sécurité trop absolue : chez quelques sujets où l'on espérait d'en obtenir des résultats satisfaisants, le calme apparent qu'elle avait d'abord semblé produire n'était que le résultat de la mortification des parties comprimées ! Ce principe applicable spécialement au phlegmon diffus, n'est point relatif à l'érysipèle œdémateux, surtout chez les vieillards. Nous avons retiré dans ce cas des avantages nombreux de l'application d'un bandage méthodiquement roulé sur les pieds, les jambes et même les cuisses ; toujours alors cette compression, dans les cas curables, favorise la résolution, le dégorgement des parties, et prévient le retour des accidents, en la continuant d'une manière permanente.

Jusqu'ici du moins, nous n'avons observé aucun inconvénient de son emploi raisonné dans la spécialité que nous indiquons.

Obs. XLIX. — au n° 56 *bis*, salle Sainte-Marthe, a été couché un cuisinier, âgé d'une cinquantaine d'années, constitution athlétique. En tombant dans un escalier, cet homme se fit une contusion accompagnée d'une petite plaie au coude du côté droit. Érysipèle, gonflement phlegmoneux énorme dans tout le bras; réaction gastrique, inflammatoire. C'est dans cet état qu'il est entré à l'hôpital. Cataplasmes émollients ; pas de saignée. Un seul abcès s'est formé, qu'on a ouvert. Le mal paraît actuellement marcher vers la guérison. (*Clin. de* M. Roux. *Lancet. franç.* 11 février 1836, t. X, p. 70.)

Obs. L.—John Goulding, 30 ans, avait une inflammation érysipélateuse violente de la convexité du pied droit. La fièvre et les autres symptômes accoutumés existaient. Il avait lui-même fait usage, sans aucun avantage, des applications froides. On prescrivit les onctions avec l'onguent mercuriel double, mais sans aucune autre médication interne. Le plus grand succès fut obtenu. Dès le lendemain il restait fort peu de traces d'inflammation, et, deux ou trois jours après, il put reprendre ses occupations habituelles. (*Lanc. franç.* 1832, t. VI, p. 395.)

Obs. LI.—Au mois de juillet 1688, l'on me vint chercher pour voir une petite demoiselle, âgée de trois mois, fille de M. de Saint-Pierre, qui était malade depuis trois jours d'un érysipèle, qui occupait depuis la hanche jusqu'au pied, du côté gauche, avec une plainte et une inquiétude continuelles; cette enfant n'ayant reposé depuis ce temps-là ni jour ni nuit, je lui tirai sur-le-champ une petite palette de sang; à mesure que le sang sortait du vaisseau, les plaintes et l'inquiétude de l'enfant diminuaient, et cessèrent entièrement dès que le bras fut bandé. Je l'enveloppai dans une serviette, trempée dans le vin tiède et bien exprimée. Cette petite malade mangea de la bouillie, téta et s'endormit depuis neuf heures du soir jusqu'à quatre heures du matin, sans s'éveiller. Je fis une seconde fois chauffer du vin dans lequel je trempai cette serviette, l'exprimai et l'appliquai sur l'érysipèle, comme j'avais fait le soir; la petite demoiselle se rendormit, et ne s'éveilla qu'à neuf heures du matin, et se trouva parfaitement guérie, n'étant resté qu'un peu de rougeur aux parties, sans tension ni douleurs. (Lamotte, *Loc. cit.*, p. 412.)

Obs. LII. — Jeune femme, 25 ans, blanchisseuse, bonne constitution, tempérament lymphatique, reçue dans une salle de médecine pour des accidents occasionés par une suppression des règles : saignée du pied. La lancette fut enfoncée à trois reprises sur la malléole externe droite sans qu'on ait pu obtenir du sang. Un élève plus adroit ouvre facilement la saphène du côté gauche. Les premières piqûres avaient été très-douloureuses ; cette douleur persista. — 10 jours après la saignée le pied droit était fortement tuméfié. La tuméfaction augmenta et s'étendit à la jambe ; peau rouge, chaude, tendue ; douleurs très-vives, insomnie, fièvre brûlante : sangsues à plusieurs reprises et en grand nombre, bains, cataplasmes émollients.

L'inflammation continue et gagne le genou ; la jambe tout entière était d'un volume énorme, en quelques points déjà fluctation ; délire, envies de vomir, dévoiement, sensibilité morbide à l'abdomen. C'est dans cet état qu'elle fut transportée dans le service de Dupuytren, 20 jours environ après l'accident.

Aussitôt saignée au bras ; sur le dos du pied, deux longues incisions qui donnèrent issue à une grande quantité de pus fétide et sanieux ; enfin troisième incision large, profonde à la partie supérieure et interne de la jambe où existait également une vaste collection purulente. Le délire continua toute la nuit et le lendemain les vomissements persistaient : 30 sangsues sur l'épigastre.

Troisième jour. — Peau de la face dorsale de pied tombée en gangrène, extenseurs des orteils mis à nu, cessation du délire, accablement, dévoiement, cuisse très-tuméfiée, très-enflammée : 40 sangsues sur cette partie.

Quatrième jour. — Fièvre moins forte, soif modérée, dévoiement léger ; mais une nouvelle collection purulente s'est formée à la région inférieure externe de la cuisse : large incision par laquelle s'écoule une prodigieuse quantité de pus sanieux; comme pour les autres ouvertures on maintient béantes les lèvres de celle-ci à l'aide de bandelettes de linge ; large cataplasme émollient. Le décollement de la peau du pied et de la jambe font chaque jour de nouveaux progrès, les forces de la malade se soutiennent. Dupuytren songe à l'amputation du membre; il recule cependant devant les contr'indications. Le membre est pansé deux fois par jour. Six semaines après le début de la maladie, l'inflammation parut franchement céder. Les tendons des extenseurs s'exfoliaient et tombaient dans le bassin à pansement ; le travail de recollement et de reproduction de la peau commençait à s'opérer; plus de dévoiement ni de fièvre. — Au bout de deux mois, teint naturel, appétit, sommeil bon, pas de douleurs ; incisions à la cuisse et à la jambe cicatrisées ; plaie résultant de la destruction de la peau couverte de bourgeons charnues, celluleux et vasculaires, encore entourée d'un gonflement assez prononcé, mais sans caractère inflammatoire. Le linge fin, troué et enduit de cérat, la charpie, les compresses constituent les appareils du pansement. On recommande expressément à la malade de ne pas exécuter des mouvements qui auraient pu déchirer la cicatrice déjà commencée. Tous les trois jours, on réprimait avec le nitrate d'argent l'exubérance des bourgeons charnus. — Vers la fin du troisième

mois, petit foyer purulent derrière la malléole externe du pied droit, fluctuation. On en fait l'ouverture, le pus s'écoule, guérison au bout de 8 jours. Peu de jours après les règles surviennent, marche rapide vers la guérison. Sortie de l'hôpital vers le milieu du quatrième mois. De faibles mouvements avec le membre malade peuvent seuls être exécutés. Au bout de quelque temps cette jeune fille en voulant courir, fait une petite déchirure à la cicatrice du pied et revient à l'hôpital. Guérison en peu de jours, mais on lui conseille de porter long-temps un bas de peau lacé et d'éviter tout effort capable de reproduire le même accident. (Dupuytren, *loc. cit.*, p. 298.)

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

Introduction. Pag. 301
De la peau considérée sous le point de vue pathologique. 303

PREMIÈRE PARTIE.

DE L'ÉRYSIPÈLE EN GÉNÉRAL.

Nature de l'érysipèle. Opinions des auteurs. 306
Sauvages. 307
Lamotte. 307
Sydenham. 307
Hévin. 307
M. Mahon. 307
Desault. 307
Lassus. 307
Richerand. 307
Pinel. 308
Renauldin. 308
Boyer. 308
Bateman. 308
S. Cooper. 308
Lawrence. 308
J. Coster. 308
Georges-Hume-Weatheread. 309
Biett. Cazenave. Schedel. 309
Rostan. 309
Alibert. 309
Broussais. 309
Macfarlane. 309
Chomel et Blache. 310
Roche et Sanson. 310
Rayer. 310
Ph. Ricord. 310
Nature de l'érysipèle. Opinion de l'auteur. 310
Siége de l'érysipèle. 311
Caractères anatomiques. 312
Prédispositions. 313
Causes. 314
Symptômes. 316
Types. 317
Marche, durée. 318
Terminaisons. 318
Analogies. 319
Complications. 319
Pronostic. 320
Traitement. 320
1° Méthode expectante. 320
2° Méthode antiphlogistique. 321
Saignées. 321
Sangsues. 323
Scarifications simples. Piqûres. 324
Ventouses scarifiées. 325
Topiques émollients. 325
Bains généraux. 326
3° Méthode répercussive ou réfrigérente. 326
4° Méthode dérivative. 328
Pommade ou liniment de Kentisch. 328
Fer incandescent. 328
Sinapisme. 329
Vésicatoire. 329
5° Méthode ectrotique. 331
6° Méthode évacuante et perturbatrice. 332
7° Méthode mercurielle. 333
8° Méthode tonique. 336
9° Méthode compressive. 337
10° Méthode divisante. 337
Convalescence. 338

DEUXIÈME PARTIE.

Des différentes espèces d'érysipèle en particulier. 338
Divisions admises par les auteurs. 339
Divisions de l'auteur. 339
De l'érysipèle 1° simple. 339
— 2° phlegmoneux. 341
— 3° œdémateux. 352
— 4° traumatique. 355
— 5° bilieux. 358
— 6° typhode. 361
— 7° asthénique. 362
— 8° erratique. 365
— 9° périodique. 368
— 10° des enfants nouveau-nés. 370
— 11° des vieillards. 371
— 12° de la tête. 373
— 13° du tronc. 378
— 14° des membres. 383

FIN DE LA TABLE.

ESSAI

SUR

LES FIÈVRES RÉMITTENTES

ET

INTERMITTENTES,

LEURS SYMPTOMES ET LEUR TRAITEMENT;

PAR P.-F. NEPPLE,

DOCTEUR EN MÉDECINE, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC.

AVANT-PROPOS.

Les recherches auxquelles on s'est livré dans les derniers temps, pour débrouiller le chaos dans lequel était plongée l'histoire des fièvres intermittentes, n'ont point été infructueuses. Grâce aux écrits de Voullonne, Baumes, Alibert, Broussais, Bailly, etc., la fièvre d'accès se présente maintenant à nous dégagée de tout cet attirail de classifications et d'hypothèses aussi vaines qu'obscures, qui rendait son étude pénible, dégoûtante, et sans résultat bien utile. Des principes basés sur l'expérience des siècles, sur l'anatomie pathologique, et sur une physiologie plus naturelle, ont donné à la connaissance de cette maladie, et surtout, chose plus essentielle, à son traitement, un degré de certitude que peu d'autres ont encore acquis. Cependant, il faut l'avouer, cette connaissance n'est pas complète : plusieurs points sont encore aujourd'hui un sujet de controverse, non-seulement quant à la théorie, mais aussi relativement à des faits de pratique de la plus haute importance.

Ainsi les opinions actuelles sont très-divergentes sur la nature et le siége des fièvres d'accès : l'état de simplicité et de complication de celles-ci n'est point envisagé sous les mêmes rapports par tous les médecins ; l'opportunité du quinquina dans plusieurs cas de fièvre rémittente n'est point généralement arrêtée d'après des règles fixes; il en est de même de l'emploi des évacuations sanguines.

C'est dans le but de porter quelque lumière sur ces différents points que j'ai hasardé de livrer cet ouvrage au public, encouragé par les suffrages honorables de l'Académie royale de Médecine.

Placé dans un pays où la fièvre intermittente est endémique; médecin en chef d'un hôpital qui me donne l'inappréciable avantage de compléter mes observations par l'autopsie cadavérique, ma position m'a séduit. Écrivant, les faits sous les yeux, sans idées théoriques préconçues, j'ai pensé que malgré la faiblesse de la rédaction, mes observations ne perdraient point de leur importance dans l'esprit des véritables praticiens. Bien convaincu que pour être réellement utile en médecine il faut être essentiellement vrai, et s'oublier complétement soi-même, je me suis fait un devoir d'exposer avec la même franchise mes fautes comme mes succès.

En se rappelant que l'auteur est relégué à la campagne, loin des secours d'une bibliothéque et des ouvrages périodiques, et de ceux plus nécessaires encore qu'on trouve dans la fréquentation habituelle des hommes instruits, le lecteur jugera cet Essai avec plus d'indulgence.

Au milieu de ces opinions diverses et contradictoires qui paraissent lancées parmi les médecins de l'époque actuelle, comme de véritables pommes de discorde, pour laquelle me prononcerai-je? Au risque de provoquer l'animadversion de chaque secte, je ne m'enrôlerai exclusivement sous les bannières d'aucune d'elles; mais je ferai mon possible pour mettre à profit les principes que l'expérience générale a sanctionnés, bien persuadé que la science n'est point encore assez avancée pour qu'une doctrine quelconque renferme toute la vérité, et rien que la vérité.

Dans tous les cas, je dois prévenir que les idées théoriques consignées dans cet ouvrage, datent de 1820, et sont par conséquent antérieures à la publication de plusieurs ouvrages sur les fièvres intermittentes, dans lesquels on rencontre des opinions qui se rapprochent beaucoup des miennes. Cette concordance d'idées est si naturelle à ceux qui travaillent sur le même sujet, qu'elle ne doit provoquer aucune récrimination.

Dois-je me disculper d'avoir consacré un long chapitre à des discussions théoriques ? Pourquoi le ferais-je? Ne nous abusons point sur l'importance des doctrines; elle est telle, qu'elle a dans tous les temps servi de base à la pratique. L'histoire entière de la médecine en fait foi. L'esprit de l'homme répugne

à agir aveuglément : il lui faut des raisons bonnes ou mauvaises. Toute théorie appuyée sur des faits authentiques, et sur une argumentation raisonnable, doit donc être prise en considération. Flétrir par l'épithète d'oiseuse toute discussion à cet égard, c'est vouloir rester éternellement plongé dans l'obscurité de l'empirisme. L'homme ne doit s'arrêter que devant les causes premières ; tout le reste est dans la sphère de son intelligence.

Au reste, j'accueillerai avec reconnaissance toutes les observations qu'une critique décente voudra bien m'adresser.

ESSAI

SUR LES FIÈVRES RÉMITTENTES

ET INTERMITTENTES

DES PAYS MARÉCAGEUX TEMPÉRÉS.

PREMIÈRE PARTIE.

PRÉCIS DE LA STATISTIQUE MÉDICALE DU CANTON DE MONTLUEL ET D'UNE PARTIE DE LA DOMBES.

Avant de commencer l'histoire des fièvres rémittentes et intermittentes qui sont endémiques dans la partie marécageuse de la Bresse (la Dombes), j'ai pensé qu'il était pour ainsi dire indispensable de la faire précéder d'un précis de la statistique des lieux qui sont le foyer de ces fièvres. On ne peut bien connaître une maladie, si l'on néglige l'investigation de leurs causes préparatoires et directes; et, pour les maladies endémiques, ces causes se trouvent tout entières dans l'action des eaux, de l'air et des lieux. Dans le tableau préliminaire topographique que je vais tracer, je m'attacherai à faire ressortir le tempérament et la constitution de l'habitant des marais, parce que cette connaissance nous aidera puissamment à mieux apprécier plusieurs phénomènes pathologiques jusqu'à présent fort obscurs.

Cette topographie comprend trois régions ou zones bien distinctes. Je désigne la première sous le nom de *pays d'étangs*, la seconde sous celui de *pays de coteaux*, la troisième par la dénomination de *plaines*.

I. *Pays d'Étangs.*

Les marais, mais surtout les étangs et leurs fossés de vidange, occupent près des deux tiers du plateau de la Dombes, au centre du département de l'Ain; l'autre tiers se compose de bois-taillis, de bruyères stériles qui couvrent les terres les plus élevées, et d'une petite quantité de terres de bonne qualité.

Le défaut d'inclinaison générale du sol, l'imperméabilité de son argile, dont une croûte compacte enveloppe le terrain à une grande profondeur; les bassins naturels que forme sa surface, auraient réduit pour toujours cette portion de la Bresse, comprenant quinze lieues carrées, à n'être qu'un vaste marais inhabitable, si la main industrieuse et puissante de l'homme n'y eût créé des étangs, en concentrant dans les parties les plus déclives les eaux trop disséminées.

Ces lacs artificiels, destinés à fertiliser une terre ingrate, en même temps qu'à élever du poisson, sont la seule source de la richesse de ce pays; et si leur existence est un fléau pour la santé de ceux qui peuplent leurs bords, c'est un mal nécessaire, puisque leur suppression rendrait la Dombes aux eaux marécageuses improductives, ou ruinerait le propriétaire en frais par une culture nouvelle; car telle est la nature du sol, que pour produire de manière à payer les peines du cultivateur, il a besoin d'un engrais qu'il ne peut lui-même fournir qu'au moyen de l'inondation. Sans doute il n'est pas au-dessus du pouvoir de l'industrie de dessécher ces marais, de détruire ces étangs et de rendre à la culture ordinaire et à la salubrité un pays tel que celui dont nous parlons; mais pour obtenir un résultat aussi heureux, il ne faudrait rien moins que la ferme volonté, les trésors et les légions d'un Probus (1).

La grandeur des étangs varie depuis celle de 320 hectares jusqu'à celle de 10.

Les eaux d'un étang couvrent le sol pendant dix-huit mois ou deux ans, espace de temps nécessaire à la maturité du poisson et à la fécondation de la

(1) L'empereur Probus employait le loisir des légions à dessécher les marais de Sirmium sa patrie. Ce genre d'exercice excita parmi les soldats un soulèvement pendant lequel ce grand prince fut assassiné.

terre. A peine a-t-on fait écouler les eaux dans un autre bassin qui les attend, que la charrue sillonne ce terrain fangeux, et qu'on lui confie des semences de seigle et d'avoine, seules graminées qui, en général, y puissent prospérer.

La Dombes, formant un plateau élevé qui n'est point dominé immédiatement par de hautes montagnes ni exposé à des débordements de rivière, et la Saône, le Rhône et l'Ain, qui la circonscrivent, coulant au-dessous de son niveau, toutes ses eaux ne peuvent provenir directement que du sein de l'atmosphère.

Outre les étangs, dont les eaux réunies en grandes masses ne sont pas susceptibles de se corrompre, il existe une infinité de petits marais, formés et entretenus, soit par les eaux pluviales, soit par celles qui regorgent des étangs ou qui s'en échappent pendant la pêche. Les bords, et surtout les queues d'étangs peu profonds, les fossés nombreux creusés pour le service de ces réservoirs, ou même dans un autre but, se transforment également en marais, dans lesquels on voit pulluler et s'agiter des myriades d'insectes, de vers, de crapauds, de grenouilles, dont les déjections et les cadavres, joints aux détritus des plantes aquatiques, donnent à toutes ces eaux une odeur et une saveur, *sui generis*, fades et nauséabondes, extrêmement prononcées dans les soirées d'été.

L'atmosphère qui embrasse un sol ainsi saturé de parties aqueuses, doit elle-même participer à cette prodigieuse humidité, et s'imprégner pendant les chaleurs des miasmes qui se dégagent nécessairement des eaux croupissantes et de leurs fonds vaseux, mis à nu et livrés à la fermentation putride.

Un vent nord-est s'élevant chaque soir de la chaîne glacée des Alpes et du Jura, vient agiter légèrement la surface des étangs; aussitôt après le coucher du soleil, sa fraîcheur se fait d'autant plus sentir, qu'elle condense le produit de l'évaporation diurne au point de la précipiter en grande abondance. La température est bien différente dans le milieu du jour : le vent du midi règne alors; sa chaleur se concentre dans le fond des bassins en récolte, y embrase l'air épais et méphitique qui y stagne, en sorte que les moissonneurs ne les abordent jamais sans éprouver une chaleur étouffante, et très-souvent, surtout lorsqu'ils sont étrangers, une céphalalgie violente avec des vertiges et des vomissements bilieux, symptômes avant-coureurs de fièvres rémittentes d'une grande intensité.

Pendant l'automne et l'hiver, lorsqu'il ne gèle pas, des brouillards épais enveloppent tout le pays.

Après la moisson, les champs se couvrent de flouve (*anthoxantum odoratum*), dont l'odeur nauséabonde provoque des céphalalgies chez certaines personnes.

Le Dombiste ne tire sa nourriture que du sol qu'il cultive; ainsi le seigle, la pomme de terre, le maïs, quelques légumes aqueux, le fromage frais et sec, le petit-lait et l'eau pure, composent principalement son régime. Les individus très-pauvres, et c'est le plus grand nombre dans un pays où la nature des propriétés et de leur culture ne permet pas leur division, ne mangent qu'un pain noir fait avec la farine de seigle à peine dépouillée du son le plus grossier. L'eau dont on use habituellement provient des puits; elle est de médiocre qualité. M. Monfalcon, en nous représentant le Bressan s'abreuvant dans les étangs avec ses bestiaux, s'est complètement écarté de la vérité.

Le régime du propriétaire est beaucoup plus restaurant; aussi n'est-ce que sur le journalier que pèse, dans toute sa rigueur, l'influence réunie de l'air, des eaux et des lieux. Sur quinze lieues carrées composant le pays d'étangs, on ne compte que cinq mille six cents habitants, dont le terme moyen de la vie est de vingt à vingt et un ans. Cette population, aussi faible en nombre qu'en vigueur, est absolument insuffisante pour la récolte et le battage des seigles et des avoines. Les habitants des pays limitrophes viennent à son aide, attirés par l'appât d'un salaire plus élevé. Mais s'ils retournent un peu plus riches dans leurs montagnes, ils y portent souvent des fièvres intermittentes interminables.

Le Dombiste se reconnaît, au premier aspect, à son teint blême, à ses traits alongés, maigres ou bouffis, à ses chairs flasques, à sa démarche lente, à une certaine mollesse dans tous ses mouvements, et à son gros ventre. On croirait qu'Hippocrate avait devant les yeux l'être détérioré dont nous esquissons le hideux portrait, lorsqu'il dit, en parlant des peuples qui habitent les bords fangeux du Phase, que leurs chairs semblent se fondre pour se porter à la rate. En effet, c'est surtout au grand développement de cet organe, puis à celui du foie et du tube intestinal, que tient l'énorme saillie de l'abdomen.

Il n'est pas rare de voir la rate occuper la moitié de la capacité abdominale. Ce développement se manifeste souvent dès le bas âge, et consiste dans une hypertrophie, sans altération de tissu. L'amplitude du tube digestif paraît dépendre de la grande quantité d'aliments que le Dombiste est obligé d'ingérer, pour suppléer au peu de parties nutritives qu'ils contiennent.

Plus le ventre est gros, plus les parties supérieures sont hâves et maigres, et plus aussi les membres inférieurs sont engorgés, variqueux, frappés d'ulcères rebelles, et disposés à la gangrène. En général, les veines de ces parties et celles des parois abdominales sont grosses, saillantes, et les hémorrhagies veineuses fréquentes et difficiles à arrêter.

La taille du Bressan est très-variable : beaucoup d'individus, semblables aux plantes qui poussent

dans un terrain humide, ou à l'abri de la chaleur vivifiante du soleil, un grand accroissement en longueur seulement; d'autres au contraire, et c'est le plus grand nombre, arrêtés dans leur croissance, restent rabougris, presque sans barbe, et avec des chevaux ras et plats. Déjà ils ont atteint l'âge de vingt ans qu'ils n'en montrent que quinze; tandis que, parvenus à celui de quarante-cinq, ils offrent toute l'apparence d'une vieillesse prématurée.

Leurs facultés intellectuelles et affectives sont excessivement bornées; ils vivent dans une insouciance profonde sur leur situation, et livrés au fatalisme comme aux plus grossières superstitions. Et comment en serait-il autrement dans un pays pauvre, désert, insalubre, pour ainsi dire maudit de la nature, et dont les habitants, isolés les uns des autres, sont en partie privés des premiers éléments de l'instruction civile et religieuse?

Aussi l'énergie morale manque-t-elle aux habitants des marais; et s'ils sont incapables d'une action vertueuse, ils le sont encore plus de celle qui conduit à l'échafaud. La conscription impériale qui a tant fait gémir la France, était un véritable bienfait pour le jeune Bressan. Loin de son pays natal, son tempérament se retrempait, son moral se développait; et après avoir échappé aux chances de la guerre, il rentrait dans ses foyers avec le désir et le pouvoir de lutter contre leur insalubrité.

Les bêtes à cornes, l'espèce bovine surtout, dégénèrent rapidement comme l'homme, dans le pays d'étangs. Les chevaux s'y conservent mieux; ils jouissaient même autrefois d'une grande réputation comme bêtes de selle. Philippe de Comines raconte que le cheval sur lequel était monté Charles VIII, à la bataille de Fornoue, était de la Bresse, et le plus beau qu'il ait vu. Il est probable que la vie demi-sauvage que les animaux mènent au pays des étangs et des pâturages contribue à les rendre agiles et robustes. Cependant, de même que leur maître, ils sont remarquables par la grosseur de leur ventre, et disposés aux engorgements des jambes. Du reste, d'après mes recherches, il paraît que nulle espèce de mammifères n'est sujette à contracter la fièvre intermittente.

La constitution du Bressan est donc caractérisée par le peu d'énergie des actes de la vie, et par la langueur de toutes les fonctions, sans excepter même celle de la génération. Mais cette langueur est-elle également partagée par le système lymphatique? Il est naturel de le penser; car il répugne de croire que des causes générales et particulières affaiblissent tous les systèmes de l'économie, en même temps qu'elles stimulent un d'entre eux: ce serait un phénomène insolite, sans analogue en physiologie. Cependant on trouve une assertion de cette nature dans l'*Histoire médicale des Marais*, de M. Monfalcon (deuxième édition, p. 124.) L'auteur s'efforce de faire entendre que les miasmes marécageux provoquent chez le Bressan, d'une manière active et directe, un développement extraordinaire de vaisseaux et des ganglions lymphatiques, en jetant dans la stupeur les systèmes nerveux et sanguin. Il a pris une simple ampliation passive des canaux lymphatiques, et la laxité du tissu cellulaire, pour une véritable hypertrophie. Il ne serait point tombé dans cette erreur s'il avait observé que les vaisseaux veineux sont frappés de la même ampliation (car rien n'est aussi commun que les varices des extrémités inférieures et du scrotum); que cette disposition existe dans les seules parties sous-diaphragmatiques où la circulation veineuse est ascendante; qu'elle est presque toujours précédée par l'engorgement des viscères abdominaux; que les parties sus-diaphragmatiques, habituellement maigres, n'offrent d'infiltrations séreuses, qu'autant que la poitrine est le siége de phlegmasie chronique ou d'engorgement, et que les ganglions lymphatiques sont si peu développés, que la phthisie tuberculeuse, et surtout les scrophules, sont les deux maladies qui attaquent le plus rarement l'habitant des marais. Ces objections me paraissent sans réplique.

Toutes les infiltrations, si communes en Bresse, de même que les varices et les ulcères des jambes, sont le résultat d'une circulation ascendante sans énergie, et des obstacles qu'elle rencontre si souvent dans les viscères par suite de leur engorgement; engorgement qui lui-même paraît tenir souvent à la langueur de la circulation. On sait d'ailleurs combien étroitement sont liées les circulations veineuse et lymphatique, et qu'il suffit de comprimer une grosse veine pour produire une infiltration séreuse au-dessous, etc.

Les maladies les plus communes à l'indigène du pays d'étangs, sont, dans le printemps, les pleuro-pneumonies, les fièvres rémittentes et les érysipèles. Ce sont, dans l'été et l'automne, les fièvres bilieuses continues, rémittentes et intermittentes, auxquelles succèdent l'ascite, l'anasarque, avec ou sans lésions organiques, la dysenterie et l'enflure de la rate.

L'embarras gastrique sans fièvre, et les vers lombrics, maladies fréquentes, existent en tout temps.

La tête est rarement le siége de lésions.

En général, les diverses inflammations qui atteignent le Bressan sont accompagnées d'une tuméfaction considérable. Le danger des pneumonies, maladies les plus meurtrières de toutes celles qui l'attaquent, est peut-être augmenté par cette seule circonstance. Quoiqu'il en soit ce n'est que par des sueurs prolongées, copieuses, et par une expectoration également abondante, que l'inflammation pulmonaire peut se résoudre. Dans les fièvres bilieuses, de quelque nature qu'elles soient, l'engorgement du foie est toujours évident, et les sécrétions

mucoso-biliaires considérablement augmentées. Enfin, presque toutes les fois que dans une maladie violente de l'habitant des marais, il y a absence de sécrétions, la résolution est impossible; aussi n'est-il pas rare de voir le sphacèle terminer l'inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse d'un membre, ni d'observer des pneumonies qui amènent la suffocation du troisième au sixième jour.

Quoique les décès surpassent les naissances, la population se maintient à peu près au même niveau au moyen des émigrations; elle s'est même accrue et améliorée depuis la plus grande division des propriétés, la diminution des forêts, et depuis que l'on augmente le nombre des grands étangs pour diminuer celui des étangs-marais.

Depuis cette époque, qui coïncide aussi avec la propagation de la vaccine, les maladies paraissent avoir pris, en général, un caractère plus aigu, et la mortalité a diminué chez les enfants.

Au reste, la plus grande fréquence des maladies inflammatoires a été observée partout. Les uns ont cru en découvrir la cause dans la constitution atmosphérique régnante, tandis que d'autres ont pensé que cette prétendue fréquence de nouvelle date ne provenait que d'une étude plus physiologique des maladies. Sans prétendre nier l'influence de ces deux circonstances, j'en ajouterai une troisième qui me paraît au moins aussi puissante : c'est celle de la civilisation progressive. En effet, à mesure que celle-ci se propage et gagne la masse du peuple, les besoins et l'industrie augmentent : à un régime simple et grossier, on substitue des mets et des boissons plus recherchés, et certainement plus stimulants. Comme personne ne peut révoquer en doute ce changement, il faut bien en admettre les conséquences physiologiques. Si ces heureux résultats ont pu se faire sentir au milieu des marais de la Bresse, on doit présumer qu'ils sont plus prononcés encore dans des pays plus salubres et plus fertiles.

II. *Pays de Coteaux.*

La plateau du pays d'étangs se termine brusquement au midi par un coteau à pente rapide, couvert de vignes et de quelques bois-taillis; c'est au bas de cette colline que se déroule, de l'est à l'ouest, la grande route de Genève à Lyon, dans une étendue de cinq lieues, et c'est aussi dans cette direction et à mi-coteau qu'on rencontre les villages riches et populeux de Miribel, Beynost, Laboisse, Bressolles, et la petite ville de Montluel, chef-lieu de canton, donnant ensemble de 9 à 10,000 âmes.

Montluel, peuplé de 3,600 habitants, est assis, partie sur le coteau, partie à l'entrée d'un vallon qui s'enfonce au nord dans le pays d'étangs. Ce vallon, dont la plus grande largeur est de 1,500 pas, sur une longueur d'une lieue, est un vaste et ancien marais fangeux et peu profond, constamment humide dans le centre, à raison de sa position déclive et d'une forêt d'aulnes et de peupliers qui l'ombrage, mais dont les parties latérales inclinées se dessèchent presque toujours pendant les chaleurs.

La ville est éloignée du marais proprement dit d'un quart d'heure de distance. Dans l'espace intermédiaire s'élève une vaste manufacture de draps appartenant au respectable M. Aynard aîné. Il était sant doute difficile de choisir, pour un établissement qui occupe habituellement de 250 à 300 individus, une position moins salubre. Plongé au milieu d'une atmosphère dont l'humidité prodigieuse et constante dégénère souvent en brouillards infects, c'est un séjour permanent de fièvres périodiques; et son insalubrité s'est encore accrue par le voisinage d'un immense routoir, dont les exhalaisons fétides se propagent jusqu'à Montluel, soit au moyen de l'air ambiant, soit par l'intermédiaire des eaux corrompues qui s'échappent de son réservoir.

Ainsi, le vent du nord, avant d'arriver sur la ville a balayé le pays d'étangs, s'est engouffré, en se concentrant dans le défilé ou vallon marécageux dit de Sainte-Croix, et l'a parcouru dans toute son étendue.

A l'extrémité nord du marais se trouve le hameau de Sainte-Croix, un des plus misérables comme des plus malsains de toute la Bresse.

Du côté de l'est il existe encore un vallon fangeux, mais dont la direction sur Montluel se trouve brisée et détournée par quelques monticules.

Le coteau met une partie de la ville à l'abri des vents d'ouest et nord-ouest; mais au sud, sud-est et sud-ouest, elle est entièrement découverte par une vaste plaine que limite le Rhône, à une petite lieue de distance.

Les ruisseaux qui traversent Montluel, et dont les eaux tirent leur origine des étangs et des vallées marécageuses, s'enflent subitement à chaque pluie d'orage, débordent fréquemment, et inondent une partie des champs et même des habitations. Les eaux potables sont assez généralement de mauvaise qualité.

La proximité de la ville de Lyon (trois lieues), celle d'un grand fleuve, la facilité des relations au moyen d'une des routes les plus fréquentées, la fertilité du sol, son aspect riant et varié, la douceur des mœurs de ses habitants, rendraient la ville de Montluel un des séjours les plus agréables, si le fâcheux voisinage des marais n'empoisonnait pas tous ces avantages et ne repoussait pas tous les étrangers. Et cependant telle est l'insouciance des autorités, ou leur peu d'influence, que le desséchement si désirable et si facile de ces marais, n'a point encore été tenté malgré de vives réclamations.

Si l'on excepte la manufacture de draps, et l'établissement plus récent d'une fabrique d'étoffes de soie, qui nourrissent la classe indigente, il n'existe point à Montluel d'industrie qui lui soit propre; mais le grand nombre de boutiques de marchands de toute espèce, celui réellement prodigieux des cafés et cabarets, qui pullulent depuis quelques années, sont une preuve d'une grande activité dans l'industrie générale, d'une certaine aisance et d'une consommation plus forte et plus variée. Le goût des jouissances de la vie et même des excès, s'est plus généralement répandu; aussi toutes ces circonstances ont-elles apporté de profondes modifications dans la constitution des habitants, et l'ont pour ainsi dire identifiée avec celle des habitants des grandes villes. Ici la vue n'est plus tristement frappée par ces figures terreuses et alongées, par ces gros ventres qu'on rencontre si fréquemment dans les pays d'étangs; au contraire, la fraîcheur de la santé brille sur l'ensemble de la population, mais cache trop souvent, sous ce masque trompeur, les vices scrophuleux et dartreux, et même les germes de la phthisie pulmonaire. Depuis vingt ans la fièvre intermittente y est moins commune, notamment sous le type quarte; et, en général, les maladies paraissent avoir pris un caractère plus aigu et plus fréquemment compliqué d'accidents nerveux.

Un hôpital bien situé, tenu avec la plus grande propreté par les respectables filles de Saint-Vincent-de-Paul, reçoit les malades pauvres d'une partie du canton, les blessés exceptés; et quoique la population s'élève de 9 à 10,000 âmes, et que le nombre des lits ne soit que de seize, ce nombre n'est insuffisant qu'à l'époque où les travaux pénibles des récoltes d'été multiplient momentanément outre mesure les fièvres bilieuses continues et intermittentes.

Les villages répandus sur le coteau sont riches et peuplés. Leurs habitants sont fortement constitués, vigoureux et peu sujets aux maladies chroniques, si l'on en excepte ceux de Beynost et de Saint-Maurice, qui sont atteints de palpitations et d'hydrothorax, dans une telle proportion, qu'on peut avancer que c'est par suite de cette maladie que succombent la plupart des individus d'un certain âge, notamment les hommes qui dépassent cinquante-cinq à soixante ans. Ces deux villages sont situés immédiatement au bas du coteau, sur un terrain gras et à l'abri des vents du nord. Le Rhône en est plus rapproché que de Montluel; des brouillards les couvrent dans la matinée, bien plus fréquemment que les autres hameaux, qui n'offrent que rarement des maladies du cœur.

Les fièvres intermittentes qui attaquent les habitants de cette partie du canton, s'accompagnent ordinairement de symptômes inflammatoires très-aigus; ils en sont atteints moins souvent chez eux que lors de leurs excursions dans le pays d'étangs ou proche des marais. La fièvre quarte les respecte, et ne s'attache qu'aux constitutions molles et aux individus les plus misérables.

III. *Plaine.*

Cette partie du canton de Montluel commence au bas du coteau, et s'avance, l'espace d'une lieue, jusqu'au Rhône, dont la rive droite en trace la limite au midi. Elle se compose 1° d'une partie aride, caillouteuse, à terre rougeâtre, sans vestiges d'arbres ou d'arbrisseaux, appelée Valbonne, ne produisant que de l'avoine et du blé sarrasin; 2° et d'une partie moins étendue, fertile, bien boisée et populeuse.

Dans la première, la population est rare; les habitants, semblables aux bestiaux et aux plantes de leur sol, sont de petite taille, mais d'ailleurs secs et assez vigoureux, quoique ne vivant que de laitage, de farine, de maïs, de blé noir en soupes, et de *matefaims* épais. Ils sont peu sujets à la fièvre intermittente dans le centre; mais ceux qui avoisinent les marais et les flaques d'eau que le Rhône forme et entretient dans ses fréquents débordements, y sont exposés d'une manière endémique comme ceux du pays d'étangs, dont ils se rapprochent d'ailleurs par leur constitution : tels sont les habitants de Balan. Pendant l'été la chaleur est excessive dans cette plaine, et les maladies inflammatoires dominantes.

Les villages de Nièvres et de Thil, placés sur les bords du Rhône et entourés de marais, dont les uns sont toujours couverts d'eau, et les autres constamment desséchés pendant les chaleurs de l'été, fournissent un grand nombre de fièvres, principalement à type rémittent, pendant les mois d'août, septembre et octobre. Cependant la population y est assez belle parce qu'elle est dans l'aisance à raison de la fertilité du sol; car ici les marais ne proviennent point, comme dans le pays d'étangs, de la nature argileuse du terrain, mais des eaux que laisse le Rhône à chaque débordement.

Cet aperçu topographique, qu'il n'est pas dans mon intention de développer davantage, suffit pour faire apprécier l'influence générale des localités sur la production des fièvres intermittentes et sur la constitution des habitants.

DEUXIÈME PARTIE.

DES FIÈVRES QUI FONT L'OBJET DE CET OUVRAGE.

Je diviserai mon sujet en quatre chapitres :

Le premier sera consacré aux observations particulières; j'y renfermerai des exemples de toutes

les espèces de fièvres intermittentes et rémittentes que j'ai pu recueillir, en y ajoutant la description générale de la fièvre simple, et celle de chaque genre de complications.

Dans le second, je chercherai à découvrir les causes générales et particulières qui provoquent le plus ordinairement le développement de fièvres d'accès.

Dans le troisième, je m'occuperai du traitement soit de la fièvre simple soit de ses nombreuses complications. Enfin, je consacrerai le quatrième et dernier à des discussions théoriques sur la nature et le siége de la maladie.

CHAPITRE PREMIER.

DESCRIPTION DES FIÈVRES D'ACCÈS.

SECTION PREMIÈRE.

DESCRIPTION DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

§ I. FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE.

A. *Observations particulières.*

Première Observation.

L'auteur est lui-même le sujet de cette observation.

Agé de trente-cinq ans, doué d'un tempérament mixte, peu robuste, supportant avec peine la chaleur et les exercices du corps, je fus contraint, dans les mois de mai et de juin 1822, la saison étant très-chaude, de faire de longues courses à pied dans les environs de Montluel, mais non dans la partie marécageuse de mon arrondissement médical. Bientôt j'éprouvai des lassitudes permanentes avec diminution de l'appétit; ce fut dans cette disposition qu'après un repas pris avec dégoût et une longue promenade au soleil, excité par la soif, je mangeai une grande quantité de cerises très-acides. Le soir même je ressentis des horripilations, une lassitude générale plus prononcée; mais je n'éprouvai aucun sentiment de douleur ou de malaise à l'épigastre. Les deux jours suivants l'appétit est nul, la langue est blanche, humide, sans mauvais goût, sans désir de boire, le ventre est souple; pendant toute la matinée des frissons superficiels et irréguliers parcourent la région dorsale, les genoux et les cuisses sont brisés, tout le système musculaire est sans force; dans le reste de la journée des bouffées de chaleur s'élançaient à la face, les orbites sont pesants, mon sommeil est pénible, le pouls est à peu près dans son état ordinaire.

Le quatrième jour, à huit heures du matin, je ressens dans le dos un frisson plus profond et plus prolongé, très-modéré néanmoins. Le brisement des membres inférieurs devient fort douloureux, la face est pâle, le nez froid, la bouche sèche, la soif se fait sentir, et j'éprouve quelques nausées; les poumons restent parfaitement libres.

Au bout d'une heure et demie le froid cesse, et avec lui l'état douloureux des membres et les nausées; la chaleur succède insensiblement, en commençant par la tête, qui devient douloureuse dans la région fronto-orbitaire, la soif augmente, le pouls se relève, devient fréquent et plein. A la sixième heure l'accès est parvenu à son plus haut degré : le front est comme comprimé, les yeux redoutent la lumière et le moindre mouvement de leurs muscles, la face est rouge, la boisson la plus fraîche ne désaltère pas, la gorge et le palais sont secs, la langue s'y attache lorsqu'elle cesse un instant d'être humectée, l'anxiété est générale, brûlante, presque intolérable. Il faut avoir été atteint de la fièvre d'accès pour avoir une idée du malaise extrême qu'elle fait éprouver; car ce n'est point une douleur aiguë, c'est véritablement un malaise général, une angoisse indicible : la fièvre continue la plus violente ne produit pas cet état. Le pouls est plein et fort, il donne cent-dix pulsations par minute, l'épigastre est un peu sensible à la pression. Cet état se maintient pendant quatre heures, après lesquelles tous les symptômes commencent à baisser, la peau s'humecte, et quatorze heures après l'invasion du frisson, l'apyrexie est complète.

Pendant l'intermission, dont la durée s'étend depuis minuit jusqu'au surlendemain matin, trente-deux heures, il me reste encore une grande faiblesse, une lourdeur fronto-orbitaire, et je n'ai nul appétit, quoique la bouche soit bonne (huit sangsues à l'épigastre, limonade, bière coupée, bouillon de poulet aux laitues, crême d'orge).

Le sixième jour, second accès, débutant à la même heure (huit heures du matin), avec les mêmes symptômes, et précédé d'une nuit agitée; il se termine dans le même espace de temps par une moiteur plus forte; même intermission, sommeil tranquille; constipation. C'est un phénomène presque constant dans la fièvre tierce, que le calme qui caractérise la nuit qui suit immédiatement l'accès, et l'agitation de la nuit qui le précède; on pourrait en tirer une conséquence pratique pour l'administration du fébrifuge (même traitement, les sangsues exceptées).

Au huitième jour, apparition du troisième accès à la même heure; les symptômes en sont plus violents; pendant le frisson, les nausées et le brisement des cuisses sont plus pénibles; et dans le deuxième stade la céphalalgie et la chaleur plus intenses. Une véritable sueur termine l'accès : intermission plus franche, moins de faiblesse.

Le dixième jour le frisson du quatrième accès est plus fort et plus prolongé, il s'y joint des vomisse-

ments répétés des boissons et de quelques mucosités insipides; la chaleur qui succède semble pénétrer en ruisseaux de feu jusqu'à la dernière fibre de mes organes, et me jette dans une angoisse voisine du délire ; il me semble que ma tête bouillonne, ma bouche est aride, la soif inextinguible. Je parviens pourtant à tempérer un peu cette chaleur extrême par un mélange très froid de bière et d'eau, par l'application sur le front de compresses imbibées d'oxicrat froid, sans cesse renouvelées, et en me débarrassant de toute couverture. La durée de cet accès est de seize heures ; il se termine par des sueurs abondantes et un sommeil tranquille et prolongé. Au réveil l'appétit se fait sentir ; une éruption pustuleuse se forme sur la paupière droite (potage.) Six heures avant le cinquième accès présumé, je prends six grains de sulfate de quinine en une seule dose ; sa présence dans l'estomac ne s'annonce par aucun effet sensible, la fièvre ne reparaît pas, l'appétit et les forces reviennent rapidement (six grains de sulfate de quinine dans les deux jours suivants.)

J'aurais pu, sans doute, citer des observations de fièvre intermittente encore plus simple, surtout du type quarte ; car il en est dont les intermissions sont si complètes, que le malade mange et vaque à ses occupations habituelles, comme dans l'état de santé. Mais en donnant pour exemple une maladie que j'ai étudiée sur moi-même, j'ai voulu y attacher le plus haut degré de vérité et d'exactitude possible.

B. *Description générale de la Fièvre intermittente simple.*

J'appelle fièvre intermittente celle qui offre une intermission ou apyrexie complète, avec l'absence de tout symptôme grave, d'une phlegmasie locale évidente, ou d'une lésion quelconque permanente. Je n'entreprendrai point de faire une description particulière des fièvres provoquées par les miasmes des marais, et de celles qui peuvent dépendre d'autres causes ; la manière d'agir de chacune de ces causes est trop obscure, les symptômes fondamentaux des pyrexies périodiques trop uniformes pour qu'on puisse classer ces maladies d'après leurs causes. Ce que je dirai conviendra à la fièvre intermittente, quelle que soit son origine ; et pour mettre le plus de clarté possible dans l'énumération des symptômes par lesquels elle se fait connaître à l'observateur, je partagerai leur développement successif en trois périodes.

Premier période, frisson. Ce premier temps commence quelquefois brusquement; le plus souvent il est précédé de malaises, de perte d'appétit, de lourdeur de tête; d'autres fois, il succède à une autre maladie qui est ordinairement une fièvre continue. Dans le pays d'étangs et de marais, sur la fin de l'été la fièvre saisit assez souvent à l'improviste, au milieu de la meilleure santé.

Le froid ou frisson, qui forme le premier stade, est extrêmement variable quant à la durée et à l'intensité. Depuis le simple refroidissement des pieds jusqu'au froid général, avec tremblement, on observe une infinité de nuances, mais le plus ordinairement il est modéré; et si l'on excepte celui de la fièvre quarte, sa durée moyenne est d'une heure ou environ. Aussitôt qu'il se fait sentir, les parties les plus extérieures et les plus éloignées du centre de la circulation, notamment les doigts, le nez et les oreilles deviennent froids, marbrés ou livides, la peau se crispe en chair de poule, le malade éprouve le long de la colonne vertébrale comme des fusées de froid avec frémissement; il cherche la chaleur, s'enveloppe et se couvre le plus qu'il peut en rapprochant du tronc ses membres, rien ne ranime la chaleur générale ; le feu peut le brûler, mais non le réchauffer. Si le froid augmente, la figure est plombée, les genoux et les cuisses brisés, la région lombaire douloureuse, les grosses masses musculaires se contractent involontairement et avec souffrance, mais par de faibles oscillations; c'est le tremblement fébrile qui, gagnant les muscles de la mâchoire, fait claquer les dents les unes contre les autres. Mais il est le plus souvent borné aux muscles sous-diaphragmatiques, et dans la fièvre quarte les muscles des lombes deviennent alors si douloureux qu'ils arrachent des cris au fébricitant : en même temps le pouls s'embarrasse et se concentre, les pulsations deviennent irrégulières et précipitées, les mouvements d'inspiration sont gênés, des bâillements profonds s'ensuivent, et pour peu que la membrane muqueuse bronchique soit irritable ou le cœur disposé aux palpitations, il s'y joint une toux sèche et de l'oppression. La membrane muqueuse du nez, de la bouche et du pharynx devient sèche, et quoique la langue soit pâle, la soif commence à tourmenter le malade. Quelquefois l'estomac n'est le siége d'aucun phénomène morbide appréciable, mais le plus souvent sa sensibilité augmente, un resserrement douloureux s'y fait sentir avec des nausées et même des vomissements des boissons ou de matières mucoso-bilieuses; toutes les boissons sont alors rejetées, sans en excepter l'eau gazeuse. Mais dans la fièvre simple, ces symptômes d'irritation de la poitrine et de l'estomac ne deviennent très-fatigants que chez les personnes délicates, dont les organes sont dans un état habituel de souffrance. La rate se gonfle, mais ne devient douloureuse à la pression que lorsque la tuméfaction est brusque et forte.

Deuxième période. Au bout d'une heure, de plus ou de moins de temps, les frissons deviennent plus fugaces et alternent avec des bouffées de chaleur. Bientôt la chaleur domine, règne seule, s'accroît, se répand dans toute l'économie ; mais elle se fait

sentir spécialement dans toute la tête avec un sentiment douloureux, plus profond et plus prononcé à la région fronto-orbitaire. La face est rouge, les yeux injectés, humides, à moitié fermés, leurs mouvements douloureux, la langue est blanche au centre, rouge sur les bords lorsque la fièvre est récente, d'apparence naturelle lorsqu'elle existe depuis long-temps, surtout avec le type quarte; la soif est plus ou moins forte en raison de l'ancienneté de la maladie : quelquefois elle est nulle dans le deuxième stade ; mais elle s'est fait sentir dans le premier. Elle cesse ordinairement lorsque la peau devient humide. Celle-ci est sèche et brûlante, mais d'une chaleur franche, c'est-à-dire qui n'est point mordicante ni âcre au toucher ; la respiration est accélérée; souvent la région épigastrique et les hypochondres sont chauds, tuméfiés, avec pulsation et sensibilité plus grande à la pression. M. Audouard prétend que par le toucher on s'assure alors que la rate est plus douloureuse ou plus grosse que dans l'état de santé. Une observation attentive m'a prouvé que ce phénomène se montrait assez rarement dans la fièvre simple. Le pouls, qui s'est relevé peu à peu, devient plein, fort et fréquent; tous les symptômes de concentration ont disparu, et avec eux les nausées, les vomissements, le brisement des lombes et des membres : cependant on voit quelquefois des vomissements survenir dans le fort de la chaleur, mais alors la céphalalgie est violente et paraît en être la cause sympathique.

Ce deuxième stade, ou de réaction, se développe avec une intensité plus ou moins forte, mais qui n'est point en rapport avec l'intensité du froid ; car très-souvent des frissons légers sont suivis d'une chaleur intolérable, tandis qu'un froid profond, avec tremblement, précède une réaction modérée. Ainsi dans la fièvre quarte, qui existe depuis long-temps, le premier période est le seul qui fatigue le malade; dès qu'il a passé, celui-ci peut ordinairement se lever. Du reste, ces différences tiennent au tempérament, à l'idiosyncrasie individuelle, et à la température de la saison. Jamais les fièvres d'automne et d'hiver ne présentent de symptômes de réaction aussi violents ni aussi longs qu'en été.

Ce période, parvenu à son plus haut point, jette le malade dans une anxiété brûlante, qui le force à s'agiter, à se découvrir sans cesse, et lui fait chercher, mais en vain, une place, une position, une boisson qui puisse calmer l'ardeur qui le dévore; souvent il paraît un léger délire, une sorte de rêvasserie. Il est rare que la fièvre continue produise un état de souffrance aussi insupportable. Lorsque cela arrive, il existe alors des signes évidents d'une inflammation abdominale, et l'on est assuré du caractère de la maladie ; mais lorsqu'un état aussi violent se développe aussi promptement, l'abdomen étant souple et non douloureux, on peut prononcer, sans crainte de se tromper, qu'on a affaire à une fièvre intermittente. La durée moyenne du deuxième période est de six à douze heures.

Troisième période. Le pouls commence alors à battre avec plus de modération, l'anxiété diminue, la soif s'éteint, la peau s'humecte peu à peu et se couvre d'une sueur plus ou moins abondante, mais qui l'est toujours plus dans les accès suivants que dans le premier ; puis le calme renaît, le malade s'endort, l'apyrexie est complète. Quelquefois le malade se livre au sommeil aussitôt que la sueur paraît. Enfin, quoique le pouls ne soit plus fébrile, le malade conserve, surtout dans les premiers jours, un malaise général avec de la faiblesse musculaire, de la pesanteur de tête et peu ou point d'appétit. Dans les constitutions robustes et peu irritables, les premiers accès se terminent si complètement, que les individus sont persuadés, à chaque intermission, qu'ils sont pour toujours délivrés de leur fièvre, et ils sont fort étonnés de sentir l'invasion de nouveaux accès au milieu de leurs travaux ou après un repas pris avec appétit; mais bientôt les forces digestives et musculaires s'affaiblissent, et ils se voient contraints à garder le repos : c'est alors qu'il survient très-fréquemment ou un embarras gastrique, ou une gastrite, et que la fièvre cesse d'être simple.

La longueur de l'intermission est déterminée par le type de la fièvre, qui est presque toujours tierce ou quotidienne ; ce n'est qu'à la fin de l'automne ou dans les récidives que le type, en s'altérant, devient quarte, simple ou double, ou même irrégulier : je ne veux point dire par là que la fièvre primitive simple ne puisse pas revêtir le type quarte, mais seulement faire entendre que le fait est assez rare. Les auteurs ont paru attacher beaucoup d'importance au type; ils ont décrit toutes leurs variétés avec un soin minutieux. Quant à moi, je suis bien convaincu que le caractère périodique est tout, et les formes de la périodicité d'une très-faible importance ; des observations nombreuses et minutieuses n'ont jamais pu me faire découvrir le moindre rapport fixe de dépendance entre le genre du type et la nature des symptômes. C'est sans raisons solides, c'est-à-dire fondées sur les faits ; qu'on a voulu classer les fièvres tierces parmi les pyrexies bilieuses ou gastriques, et les quotidiennes parmi celles dites muqueuses ; l'un et l'autre type présentent la même marche et les mêmes symptômes pendant l'accès. On prétend que dans les pays marécageux les fièvres tierces bilieuses sont les plus communes ; mes observations prouvent au contraire que c'est le type quotidien qui domine. (*Voyez* le tableau qui est à la fin de cet ouvrage.)

Le retour des accès est quelquefois invariablement fixé à la même heure, d'autres fois il avance ou retarde d'une ou plusieurs heures ; mais presque

toujours il paraît avant midi dans les types tierce et quotidien, et de midi à quatre heures dans le type quarte. Cependant il y a beaucoup d'exceptions à cet égard, comme on le verra dans le dernier chapitre.

Dans le pays d'étangs la fièvre simple est rare dans l'été; pendant l'hiver elle est assez fréquente sous la forme quarte : elle est plus fréquente encore dans les lieux qui ne reçoivent que d'une manière indirecte ou affaiblie l'influence des marais, et chez les individus de la classe éclairée, qui savent se modérer en toutes choses. La fièvre devient simple secondairement lorsque, par un traitement rationel, on a détruit les complications dont nous parlerons bientôt.

La durée d'une fièvre simple, abandonnée à elle-même, ne se prolonge guère au-delà de sept à huit accès, et souvent s'arrête au quatrième ou au cinquième. La force des accès s'accroît ordinairement jusqu'au cinquième, et c'est après le plus violent, suivi de sueurs copieuses, que la convalescence se prononce; souvent alors il paraît une éruption vésiculeuse ou pustuleuse autour des lèvres et des ouvertures nasales, mais rarement une diarrhée. Cette éruption, avec gonflement du derme, commence dans le courant du dernier accès ou de l'avant-dernier, et passe pour critique; mais j'ai vu quelquefois, malgré son apparition, la fièvre poursuivre son cours : du reste elle annonce une guérison plus sûre et plus exempte de rechute.

Telle est la fièvre intermittente dans toute sa simplicité; mais elle s'offre bien plus fréquemment à l'observation, unie à des symptômes qui lui sont étrangers ou qui n'en dépendent que d'une manière indirecte et secondaire. Ce sont ces complications que je vais décrire successivement, en adoptant la classification et les dénominations de M. Pinel, car je n'ai encore rien trouvé de meilleur dans tout ce qui a été écrit à cet égard. Comme tout doit tendre, dans l'étude des maladies, aux connaissances qui fournissent les indications les plus sûres pour l'application de la thérapeutique, je pense que j'aurai atteint le but en spécifiant les modifications principales que les organes peuvent éprouver pendant le cours d'une fièvre d'accès.

§ II. DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

1° FIÈVRE INTERMITTENTE INFLAMMATOIRE.

A. *Observations particulières.*

Deuxième observation.

A la fin de juillet 1822, entre à l'hôpital un jeune homme de vingt ans, d'une forte constitution, résidant à Nièvres, non loin des marais des rives du Rhône, ayant déjà éprouvé trois accès d'une fièvre quotidienne. Le quatrième accès, plus violent que les précédents, est caractérisé par un frisson vif avec tremblement, nausées et autres symptômes du premier stade, qui sont de peu de durée, et auxquels succède une chaleur des plus intenses, une céphalalgie générale, atroce, avec pulsations des artères céphaliques, pulsations que le malade compare au bruit des fléaux battant le blé. La face est rouge, comme gonflée, les yeux injectés et douloureux, le pouls dur, plein et redondant, la soif vive, la langue humide, blanche au centre, rouge sur les bords, le ventre souple, sans douleur, et il y a un délire fugace; au bout de huit heures des sueurs abondantes couvrent la peau, l'apyrexie devient complète et l'appétit renaît. La fièvre, débutant à dix heures du matin, est entièrement terminée à dix heures du soir; la nuit est tranquille. (Six grains de sulfate de quinine à cinq heures du matin, diète, tisane d'orge.) Le cinquième accès devance d'une heure avec des symptômes encore plus violents, quoique le sulfate de quinine n'ait fait éprouver aucune irritation gastrique sensible. Au milieu du deuxième stade je tire de la veine du bras une livre de sang, rouge comme le sang artériel, jaillissant avec une grande impétuosité et se coagulant promptement, en se couvrant d'une couenne blanche. Je suis obligé d'avoir recours à une compression forte pour l'empêcher de couler davantage. Une heure après, la céphalalgie, symptôme dominant, commence à diminuer, la sueur paraît plus tôt que les autres fois, et l'accès, au total, est moins long, et l'intermission exempte de malaise. (Six grains de sulfate de quinine à cinq heures du matin.) La fièvre ne reparaît plus.

Troisième observation.

Montagneux, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin, replet, pionnier, natif du Vivarais, résidant depuis deux ans dans le pays d'étangs, avait été atteint, l'année précédente, d'une fièvre intermittente quotidienne violente, puis de la variole. Le 12 septembre 1823, il entre à l'hôpital pour la fièvre suivante, dont il est affecté depuis quatre jours.

Dans la matinée, simple refroidissement des pieds, suivi promptement d'une chaleur générale intense avec douleur céphalalgique, face livide, sensibilité générale du ventre et des hypocondres, déchirement des lombes, douleur à l'épaule droite, diarrhée légère, ténesme, soif, langue rouge, sèche, fendillée, pouls large et dur; la moiteur commence le soir, et ne va pas jusqu'à la sueur; l'intermission de la fièvre est complète, mais les autres symptômes ne sont que diminués. Cinquième jour (quinze sangsues sur l'épigastre, limonade, diète absolue), accès moins fort et moins long, intermission plus

complète. Sixième jour, retour de l'accès presque sans froid, forte saignée pendant la chaleur, sang couenneux.

Septième jour. Les symptômes d'irritation du ventre et de la tête ont disparu, la sueur a été copieuse, mais la fièvre ne se montre pas moins avec les symptômes inflammatoires; apyrexie parfaite, langue naturelle, un peu d'appétit. Huitième jour, dix grains de sulfate de quinine, unis à quinze gouttes de laudanum, pris en deux doses. Neuvième jour, convalescence.

Chez Montagneux, l'inflammation paraît d'abord circonscrite dans le tube intestinal; mais la cessation de cet état, à la suite des évacuations sanguines, et la persistance des accès avec des symptômes inflammatoires généraux, m'ont convaincu que cette observation était ici à sa place.

Quatrième observation.

Madrat, âgé de trente-huit ans, d'une taille gigantesque, journalier, résidant à Montluel, était affecté d'une bronchite qui ne l'empêchait point de se rendre tous les matins dans une grange voisine pour y battre le blé. Le 1er de septembre, l'air étant embrasé et d'un calme étouffant, les eaux d'une mare attenante à la cour répandant une odeur infecte, tous les batteurs ressentirent des maux de tête plus ou moins violents; Madrat surtout, qui, de plus, éprouva à la fin de la journée des frissons avec brisements des membres inférieurs, et pendant la nuit une chaleur excessive jointe à une toux fréquente, douloureuse, et à une gêne de la respiration.

Le lendemain matin, ces symptômes existant encore dans toute leur force, je tire au malade une livre de sang de la veine du bras, et je le mets à l'usage d'une boisson délayante; bientôt après, sueur copieuse suivie d'une apyrexie complète qui se prolonge pendant deux jours. Madrat se croit guéri, il mange avec appétit, ses forces sont presque intactes.

Le quatrième jour, à midi, légers frissons dans le dos pendant trois quarts d'heure, puis chaleur progressive qui devient extrême, grande gêne à respirer, toux fréquente avec douleur dans le côté droit, expectoration muqueuse parsemée de stries sanguinolentes, soif vive, langue sèche, effilée, sans mauvais goût; ventre souple, nullement douloureux; tête brûlante, céphalalgie intense, face rouge, yeux larmoyants, rouges, sensibles à la lumière. Ces symptômes se soutiennent au même degré jusqu'au lendemain matin; la sueur paraît alors en grande abondance, mais la rémission est de courte durée. Un nouveau paroxysme survient à midi, la peau redevient sèche et le pouls plein et dur : une fièvre continue avec pneumonie voudrait s'établir. (A sept heures du soir saignée d'une livre; le sang se couvre promptement d'une couenne blanche épaisse et très-dense.) A dix heures la fièvre diminue avec les symptômes de phlegmasie; le malade s'endort et sue copieusement.

Le lendemain, sixième jour, le mouvement fébrile est modéré, la toux moindre, la dyspnée et le point douloureux ont disparu; il n'y a ni soif ni céphalalgie. (Lavement émollient, tisane idem.) Dans la nuit on administre trois gros de poudre de quinquina en lavement, et au jour on réitère cette dose : convalescence et guérison complète en peu de jours.

Cinquième observation.

M. Ay....., âgé de soixante ans, d'une grande taille, ayant un teint fleuri et un tempérament éminemment sanguin et pléthorique, sujet à des migraines périodiques, ayant l'habitude de se faire saigner fréquemment, jouissant d'ailleurs de toutes les aisances de la vie sans en abuser, résidait depuis quelque temps dans sa manufacture de draps, située dans le vallon marécageux de Sainte-Croix, lorsque, dans le courant de septembre 1825, il éprouve d'une manière brusque et sans cause particulière appréciable, un malaise avec quelques frissons. Le second jour, dans la matinée, les frissons se renouvellent, et il s'y joint des nausées continuelles, des vomissements bilieux répétés avec beaucoup d'efforts, et qui se prolongent même dans le deuxième stade. Bientôt chaleur forte, lourdeur de tête, somnolence, pouls plein et fréquent, soif modérée; six heures après, sueur abondante qui dégénère en une simple moiteur : cet état se prolonge jusqu'au quatrième jour. A cette époque il se fait une éruption générale simulant la rougeole, mais accompagnée d'une démangeaison extraordinaire. La rougeole, régnant dans le même temps, je fus porté à croire que la maladie de M. Ay... était cet exanthème. (Diète, boissons délayantes.)

Le cinquième jour au matin, chaleur progressive sans refroidissement préalable, nausées, vomissements très-fatigants, inquiétudes, agitation excessive, soif, dégoût pour toutes les boissons qui ne sont pas froides et acides; le ventre est souple, l'épigastre n'est ni tendu ni douloureux, même à une forte pression; la langue est blanche, la tête est brûlante quoique sans douleur, il y a tendance à l'assoupissement; le pouls est plein, d'une fréquence médiocre, les urines sont rouges et troubles, l'éruption a disparu vers le soir, la peau s'humecte, le pouls devient ondulant, moins fréquent, et le malade se livre à un sommeil qui n'est point tranquille.

Le lendemain, sixième jour, calme, rémission de tous les symptômes; mais dans la nuit l'agitation commence à se faire sentir, l'éruption reparaît.

Le septième jour, à huit heures du matin, les boutons, dont les membres sont couverts, provoquent pendant deux heures un prurit insupportable,

et qui se calme à la suite d'une selle bilieuse extrêmement copieuse. A dix heures, un nouvel accès se manifeste avec des symptômes analogues, mais plus violents; le malade, quoique assoupi, est plongé dans un délire loquace : rémission et sueur le soir, sommeil la nuit.

Le huitième jour, intermission presque complète; les urines sont troubles, mais ne déposent pas. Jusque-là le traitement n'a pas changé, il s'est composé d'eau sucrée, de limonade et d'eau gazeuse ; celle-ci, employée dans le premier stade des accès calme promptement les vomissements : la diète a été absolue.

Le neuvième jour, l'accès tierce reparaît précédé d'une nuit très-agitée, et toujours sans frissons ; les symptômes sont encore plus intenses, la face est très-rouge, la peau en général est fortement colorée et brûlante, l'anxiété est indicible, le prurit occasioné par l'éruption est très-modéré, et disparaît le soir pour toujours ; l'accès décroît à neuf heures du soir, mais il ne survient qu'un peu de moiteur, la rémission est moins complète. Le malade s'inquiète extrêmement de son état, et lorsqu'il sent les premiers phénomènes des paroxysmes, il tombe dans une espèce de désespoir qui se termine par des rêvasseries continuelles sur des sujets désagréables.

Depuis plusieurs jours, je conseille une évacuation sanguine, que je crois indispensable, mais qu'on refuse.

Le 11, l'accès débute à la même heure, mais par un refroidissement des pieds, et toujours accompagné de nausées et de vomissements. Sur le soir, à peine veut-il s'établir une rémission, qu'un nouveau paroxysme s'y oppose et effraie les parents par sa violence.

Le 12, légère rémission, sans moiteur. D'après l'avis du docteur Viricel, célèbre praticien de Lyon, on consent à la saignée : huit onces de sang sont tirées; une couenne épaisse recouvre promptement sa surface : huit grains de sulfate de quinine dans la journée. Le pouls s'élève ; soif; quelques nausées ; point de sommeil ; à quatre heures du matin, huit grains de sulfate de quinine en lavement.

Le 13, le paroxysme revient d'une manière insensible, comme les précédents ; mais le délire manque. La rémission ne commence que le lendemain 14 : point de sueur, nul appétit ; les urines déposent. (Douze grains de sulfate de quinine en deux doses.)

Le 15, l'accès ne se marque que par un malaise et des nausées. (Huit grains de sulfate de quinine.)

Le 16, le pouls a son type naturel, et la convalescence commence.

Le malade a éprouvé plusieurs rechutes, à Lyon au bout d'un mois, et à Paris huit mois après la première maladie. Dans toutes ces rechutes, l'éruption rubéoliforme a reparu. La cause la plus puissante des récidives se trouve principalement dans la violence prolongée des accès ; ce qu'on ne peut prévenir que par des évacuations sanguines promptes et copieuses, comme l'observation précédente le prouve.

En négligeant ces évacuations, on s'expose, en outre, à laisser se former des congestions ou des phlegmasies formidables de parenchymes.

Il n'existait point de phlegmasie circonscrite chez M. Ay....; du moins il est impossible d'en spécifier le siége. D'ailleurs l'état pléthorique du sujet peut donner une explication suffisante de la violence de tous les symptômes, et justifier l'épithète d'inflammatoire que je donne à la complication de cette fièvre.

B. *Description générale de la Fièvre intermittente inflammatoire.*

La fièvre intermittente peut se compliquer d'une phlegmasie locale, d'une simple congestion sanguine, ou d'un état inflammatoire général.

L'existence d'une phlegmasie un peu importante est incompatible avec le mouvement fébrile intermittent parfait ; l'inflammation provoquant alors la fièvre continue, la rémittence seule est possible. Il n'en est pas de même de l'état pléthorique local ou de congestion ; il se lie et peut se lier parfaitement avec la fièvre intermittente; il en est même une cause aussi souvent qu'un effet. Ainsi le premier travail de la matrice dans les constitutions nervoso-sanguines, s'accompagne souvent d'une fièvre inflammatoire qui prend le caractère intermittent dans les pays marécageux. Ainsi lorsque la fièvre attaque un individu atteint d'une légère bronchite, ou sujet aux crachements de sang, ou encore affecté actuellement d'une hypertrophie du cœur, de maux de tête, ou disposé à une congestion quelconque, celle-ci aura toujours lieu aussitôt que le paroxysme fébrile aura doublé l'accélération de la circulation. Alors se manifesteront tous les symptômes d'une phlegmasie locale ; mais dans le fond il n'y aura réellement que congestion momentanée, à moins que par le vice du traitement et la répétition trop prolongée de cet état, la phlegmasie ne succède à la congestion. La fièvre intermittente simple est déjà, pour ainsi dire, le premier degré de la fièvre inflammatoire. Si elle s'attaque à une constitution sanguine, pléthorique, la perturbation du système artériel devient si violente, soit généralement, soit plus spécialement dans un organe ou dans un appareil d'organe, que la dénomination d'inflammatoire lui convient sous tous les rapports.

Dans tous les cas, voilà quels en sont les symptômes : frissons courts et vifs, le plus souvent sans tremblement : quelquefois la fièvre ne débute que par un simple refroidissement des pieds, ou même par une chaleur progressive, sans la moindre horripilation ; mais dans ces derniers cas la fièvre est

rémittente. Les nausées et vomissements qui surviennent fréquemment dans le premier stade s'accompagnent de tension dans les régions de l'estomac et des hypochondres, mais non de douleur circonscrite et des autres symptômes de la gastrite. Dans le deuxième stade, la chaleur générale est extrême avec injection de la peau, et surtout de la face et des yeux; souvent il se fait une éruption de plaques rouges et dures semblables aux piqûres d'ortie, ou de boutons plus ou moins analogues à ceux de la rougeole, de la scarlatine ou de la miliaire. Cette éruption disparaît avec l'accès. Le pouls est plein et dur, d'une fréquence modérée. Il y a somnolence ou céphalalgie violente générale, avec pulsations fatigantes des artères occipitales et cérébrales. Dans le premier cas, le malade est dans une rêvasserie loquace; dans le second, il peut tomber dans un délire furieux. Lorsque les vaisseaux capillaires du poumon reçoivent trop de sang, on observe une plus ou moins grande difficulté de respirer, jointe à un sentiment douloureux circonscrit ou répandu dans toute la poitrine; une toux sèche, ou avec expectoration muqueuse et parsemée de stries sanguines, lorsque déjà il existait une bronchite. La dyspnée qui fatigue souvent le malade dans le premier stade n'est plus de même nature, elle provient évidemment d'un état spasmodique, comme nous le démontrerons dans un autre lieu.

Lorsque la congestion se fait dans les organes du bas-ventre, c'est alors qu'ont lieu ces douleurs déchirantes des lombes et de l'hypogastre, ces gonflements douloureux des hypochondres.

Dans tous les cas, la langue est blanche, rouge sur ses bords; ses papilles sont développées, et elle est plus épaisse. La bouche n'a pas de mauvais goût, quoique l'appétit soit nul.

Dans le troisième stade, les sueurs ne paraissent qu'après quelques accès: une hémorrhagie nasale n'est pas rare; elle est annoncée par le caractère redondant du pouls (*bisferiens*). Les urines sont rouges; elles se troublent et ne déposent pas d'abord: le sang extrait par la saignée donne toujours une couenne d'un blanc jaunâtre plus ou moins dense.

Ce genre de fièvre se montre de préférence dans le printemps, pendant les étés secs et chauds; aussi a-t-elle été fréquente dans les étés de 1825 et 1826, si remarquables par une sécheresse prolongée. Elle est rare parmi les indigènes du pays d'étangs; mais les étrangers qui séjournent au milieu des marais, s'ils possèdent une constitution sanguine, contractent une fièvre intermittente qui se complique presque constamment, ou d'une gastro-hépatite, ou d'une surexcitation extrême de tout le système artériel, de celui de la tête spécialement.

Cette pyrexie a une grande tendance à devenir continue, ou au moins rémittente; elle offre même tous les types, et même le quarte.

§. III. FIÈVRE INTERMITTENTE GASTRO-HÉPATIQUE

A. *Observations particulières.*

1° EMBARRAS GASTRIQUE ISOLÉ.

Sixième observation.

Besson, âgé de trente ans, cuisinier, résidant non loin du pays d'étangs, d'une taille courte et replète, d'un tempérament sanguin lymphatique, sujet aux éruptions et à l'ophthalmie chronique, se plaignait, depuis quelques jours, d'une pesanteur à l'épigastre, de dégoût et d'un malaise général, sans fièvre ni soif, lorsque tout-à-coup il fut pris d'une cardialgie atroce. On essaya, mais en vain, de calmer les souffrances à l'aide du laudanum, de l'éther et des lavements émollients répétés toutes les heures. Appelé le deuxième jour, je trouve Besson dans l'état suivant:

L'épigastre était sensible au toucher, mais non en proportion de l'horrible douleur *constringente* qui faisait pousser des cris au malade; le ventre était souple, le pouls lent et concentré, la tête libre, la face pâle, verdâtre, la langue large, humide, uniforme, grisâtre; la soif nulle, point de selles: le malade avait un dégoût profond pour les aliments comme pour les boissons; il avait vomi la veille une gorgée d'un liquide épais, brunâtre, très-amer. (Quinze sangsues à l'épigastre, limonade, lavements.) Cette médication n'eut aucune prise sur les douleurs d'estomac; elles devinrent même si violentes, que le malade tombait dans des accès de désespoir; il se couchait de préférence sur le ventre, la tête pendante hors du lit.

Deux grains d'émétique sont administrés dans deux verrées d'eau. Une heure après, des vomissements très-abondants de matières poisseuses, brunes, horriblement puantes, firent promptement cesser la cardialgie; des purgatifs salins provoquèrent ensuite par le bas des déjections de même nature: l'appétit commence à se faire sentir; mais le malade n'ayant voulu s'astreindre à aucun régime, la cardialgie reparaît avec la même intensité. L'émétique fut repris avec le même succès; un régime sévère confirma la guérison.

Il est rare que l'embarras gastrique soit accompagné de douleurs épigastriques aussi violentes: le plus ordinairement le malade ne ressent qu'une pesanteur et un malaise.

2° FIÈVRE INTERMITTENTE AVEC EMBARRAS GASTRIQUE.

Septième observation.

Rambaud, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament analogue à celui de l'habitant du pays d'étangs, sujet à l'ophthalmie chronique, aux ulcères des

jambes, employé aux lavages des laines dans la manufacture de draps de....., éprouvait, depuis quelques jours, du dégoût, avec perte d'appétit. Dans le courant du mois de septembre 1822, le matin, il ressent un frisson général avec tremblement, des nausées, et un brisement des membres inférieurs. Ces symptômes durent deux heures, et sont remplacés par une chaleur modérée et de la céphalalgie frontale. Le malade se plaint en même temps d'une grande amertume du goût; sa langue est large, humide, jaunâtre; la soif très-modérée; le pourtour des lèvres est d'une couleur verdâtre, le reste de la face légèrement coloré; l'épigastre est pesant, nullement douloureux; une sueur abondante commence dans la soirée, et le malade s'endort tranquillement.

Le lendemain l'apyrexie était complète; mais tous les symptômes d'embarras gastrique persistent: la fièvre est réglée en tierce (diète, limonade). Après le quatrième accès, un grain d'émétique fait rendre une grande quantité d'une bile verte. Le cinquième accès ne diffère point des précédents, et les symptômes saburraux sont à peine diminués. Deux purgations, administrées pendant les intermissions suivantes, n'amènent aucun changement. La bouche est toujours mauvaise, l'anorexie prononcée. (Un grain et demi d'émétique dans une tasse de bouillon aux herbes.) Vomissement copieux, verdâtre; goût naturel, appétit: l'accès suivant, qui est le huitième, est très-léger; infusions amères, guérison.

Les faits analogues sont trop communs et trop uniformes pour qu'il soit nécessaire de les rapporter ici.

3° FIÈVRE INTERMITTENTE AVEC IRRITATION GASTRIQUE ET GASTRO-HÉPATIQUE.

Huitième observation.

M....., âgé de dix-huit ans, berger dans le pays d'étangs, est atteint (août 1823) d'une fièvre quotidienne, débutant à midi par un tremblement général, de la cardialgie, un brisement des lombes et des membres inférieurs, suivis, au bout d'une heure et demie, d'une chaleur et d'une céphalalgie frontale des plus intenses, d'une soif vive sans amertume du goût, d'une grande sensibilité de l'épigastre à la pression: la langue est rouge, effilée; la face rouge aux pommettes, jaunâtre autour de la bouche. L'accès se termine dans la nuit par des sueurs copieuses; mais dans l'apyrexie, l'épigastre reste sensible, plus chaud; la tête douloureuse, la langue rouge, et la chaleur générale plus élevée. (Diète, limonade, quinze sangsues sur le creux de l'estomac pendant le quatrième accès.) L'hémorrhagie est copieuse. Le second accès se termine plus tôt et d'une manière complète. Les symptômes gastriques ont disparu. Appétit. Cependant un nouvel accès revient le lendemain à la même heure, et il s'y joint des nausées.

Sixième jour. Six grains de sulfate de quinine dans l'apyrexie. Retour de l'accès avec plus de violence; la bouche devient très-amère, la céphalalgie frontale intolérable; il survient des vomissements bilieux, sans cardialgie, au milieu du stade de chaleur; la face est jaunâtre: ces symptômes persistent dans l'apyrexie.

Septième jour. Un grain d'émétique: vomissements bilieux abondants. La fièvre ne reparaît plus. On donne quelques grains de quinine les jours suivants.

On peut résumer ainsi cette observation: fièvre intermittente compliquée, d'abord de gastrite; destruction de celle-ci par les sangsues; mais retour de la fièvre périodique, qui en est indépendante: apparition secondaire de l'embarras gastrique, supprimé par l'émétique.

Neuvième observation.

La femme Pourrière, âgée de vingt-quatre ans, mal réglée, maigre, et habituellement tourmentée par des cardialgies et des pertes blanches, se plaignait depuis un mois de l'augmentation de ses maux; il s'y était joint de la soif, du dégoût et même des nausées. Enfin, en août 1821, il survient un frisson général, avec brisement des membres, puis une chaleur intense, rougeur de la face, coloration en jaune du pourtour de la bouche, soif très-vive, langue large, humide, de couleur naturelle et sans mauvais goût; douleurs à l'épigastre, constipation, céphalalgie frontale des plus violentes. Rémission dans la matinée; paroxysme le soir, débutant par un frisson.

Quatrième jour: première visite. (Quinze sangsues sur l'épigastre, limonade, diète.) Quoique les piqûres donnent peu de sang, néanmoins tous les symptômes fléchissent. Le cinquième jour, dix autres sangsues produisent une hémorrhagie plus forte; vomissement spontané de bile pure. Sixième jour, amertume de la bouche, nausées, pesanteur à l'épigastre, apyrexie complète le matin; mais retour de l'accès dans la soirée, avec des symptômes très-modérés. (Limonade.)

Septième jour. *Idem.*

Huitième jour. Les symptômes de phlogose gastrique sont évanouis, mais ceux d'embarras gastrique se prononcent davantage; en conséquence, la malade prend un grain d'émétique dans une verrée d'eau sucrée: vomissements et déjection d'un jaune verdâtre; point de paroxysme; appétit. Cependant il s'établit une fièvre intermittente quotidienne simple. Comme il n'existe dans l'apyrexie ni chaleur, ni soif, ni aucun indice d'irritation gastrique, je prescris quelques grains de sulfate de quinine. Au bout de trois jours la fièvre disparaît, mais une con-

stipation opiniâtre lui succède ; les lavements sont rendus à peu près tels qu'ils sont pris. Dès-lors la plupart des boissons et tous les potages fatiguent l'estomac, et provoquent, ou de simples nausées, ou des vomissements de bile, ou bien de mucosités mêlées avec les boissons ; car les solides ne sont point rejetés, et fatiguent moins que les bouillons et les crêmes. La malade a d'ailleurs un dégoût profond pour le bouillon gras et les tisanes ; elle n'a point de soif, le pouls est calme, lent même et faible; la langue naturelle, le ventre plat, l'estomac douloureux à la pression. (Eau gommée, cinq sangsues sur l'estomac, lavement de savon.) Au bout de cinq ou six jours, cet état persistant, je fais prendre un demi-grain d'émétique : vomissements copieux et faciles d'une matière semblable à des œufs brouillés : soulagement merveilleux ; plus de dégoût, appétit vif. Vingt-quatre heures après la malade retombe dans son premier état : les vomissements se rapprochent; ils sont plus bilieux; ils se compliquent de tremblement musculaire et de défaillance toutes les fois que la femme Pourrière veut se mettre sur son séant : maigreur effayante. Depuis douze à quinze jours il n'y a pas de selles, ni envie d'aller du ventre. Un médecin distingué, qui est appelé auprès de la malade, regarde son état comme dépendant d'un spasme de l'estomac : il prescrit un vésicatoire volant sur la région de cet organe, des infusions de feuilles d'oranger et des lavements de savon. Ces moyens sont sans résultats avantageux. La faiblesse est si grande que la malade ne peut plus se tenir sur son séant.

A la suite d'un lavement plus stimulant, il survient des borborygmes et des coliques ; puis, la sensation d'un corps qui de l'estomac descendrait vers l'anus et s'y arrête, excite des envies et des efforts impuissants pour l'expulser au-dehors: dès-lors les nausées et les vomissements cessent complètement. Cependant les envies d'aller du ventre se faisant incessamment sentir et les lavements ne pouvant point pénétrer, je m'assure avec le doigt que le rectum est plein et distendu par des matières fécales endurcies. Je me hâte d'extraire les fèces, qui sont jaunes comme de l'ocre, et la malade entre en convalescence. Chose remarquable, bientôt après la femme Pourrière prit un embonpoint qu'elle n'avait jamais eu, et devint enceinte, pour la première fois, après huit années de mariage.

On ne peut méconnaître ici une gastro-duodénite avec augmentation dans la sécrétion biliaire et mouvement fébrile rémittent. Les sangsues détruisent promptement la phlogose et par conséquent la fièvre continue, qui en est le symptôme ; mais l'irritation nerveuse se soutient assez pour rappeler le mouvement intermittent. Tous les symptômes consécutifs étaient sous la dépendance de la rétention de ces matières qui ont été extraites ; et si un laxatif avait suivi l'administration du premier grain d'émétique, tous ces accidents auraient vraisemblablement été prévenus.

Dixième Observation.

Girard, âgé de trente-six ans, tisseur dans la manufacture de draps de....., d'un tempérament robuste, bilieux sanguin, était tourmenté depuis deux mois par une fièvre tantôt tierce, tantôt quotidienne, caractérisée par des frissons avec tremblement, des nausées, des vomissements bilieux réitérés, avec cardialgie, puis par une chaleur ardente, une céphalalgie frontale extrême, une soif inextinguible, et au déclin par des sueurs copieuses.

Le malade n'avait pas suivi de régime ; il s'était traité lui-même, au moyen de médicaments très stimulants, qui avaient supprimé les accès pendant quelques jours, mais avaient laissé subsister l'anorexie et ses symptômes de gastro-hépatite. Enfin il entre à l'hôpital avec des accès à type tierce, tels que je viens de les décrire succinctement ; mais pendant l'apyrexie j'observai, de plus, sécheresse de la bouche et du pharynx, amertume du goût, ictère de la sclérotique et du pourtour des lèvres. une grande sensibilité de l'épigastre et de la région de la rate à la pression : cet organe est tuméfié et douloureux : le malade conserve un peu d'appétit; mais la digestion est très-pénible : insomnie (un grain d'opium avant l'accès ; pommade stibiée du docteur Peysson). Le quatrième jour les accès manquent, mais tous les symptômes gastriques persistent.

Sixième jour. (Quinze sangsues sur la région spléno-épigastrique, remplacées par des cataplasmes émollients, limonade, diète, lavements.) Cette médication fut promptement suivie de la disparition de la douleur et du dégorgement de la rate et de l'estomac ; mais le dégoût, l'amertume de la bouche, enfin tous les symptômes de l'embarras bilieux ou gastrique se prononcèrent davantage et sans fièvre, mais avec des sueurs nocturnes.

Huitième jour. (Un grain d'émétique dans une tasse de bouillon aux herbes.) Vomissements copieux verdâtres et fétides. Le malade éprouve sur-le-champ un bien-être qui lui était inconnu depuis l'invasion de sa maladie ; il peut se livrer au sommeil ; cependant le lendemain un léger accès reparaît.

Neuvième jour. Apyrexie. (Deux gros de poudre de quinquina en lavement.) Déjections abondantes, avec coliques et soif.

Dixième jour. Nouvel accès.

Onzième jour. (Un grain d'opium quelques heures avant l'accès ; frictions à la méthode de M. Peysson.)

Quatorzième jour. Convalescence. Les organes gastriques conservent long-temps une grande irritabilité. Quelques accès reparaissent lorsque Girard

se laisse aller à un écart de régime, ou se livre à un travail fatigant.

Outre la fièvre intermittente, il est évident que Girard était affecté d'une gastrite, d'une irritation du foie, avec altération de la sécrétion biliaire et reflux de la bile dans l'estomac, et, de plus, d'un engorgement douloureux de la rate. Il n'y a pas de doute que cette lésion des organes digestifs n'ait favorisé le retour des accès de fièvre, mais il est certain aussi qu'elle ne la constitue pas.

Onzième observation.

Chosson, âgé de vingt ans, sanguin-lymphatique, domestique, résidant depuis peu de temps dans le pays d'étangs, est atteint, pendant l'été brûlant de 1822, d'une fièvre à type quotidien, débutant le matin par un frisson général, avec tremblement, nausées, vomissements bilieux, bouche aride, soif, douleur contusive des cuisses et des lombes; symptômes auxquels succèdent au bout de deux heures une chaleur intense et âcre, avec céphalalgie frontale intolérable; douleur épigastrique augmentant sous la main, face rouge sur les pommettes, jaunâtre autour de la bouche et du nez; amertume du goût, anorexie, soif inextinguible. L'accès se termine à la dixième heure par des sueurs abondantes. L'apyrexie est complète; mais l'anorexie, l'amertume de la bouche, la douleur du front et de l'épigastre persistent.

Le malade entre à l'hôpital au sixième accès, n'ayant employé aucune médication. (Délayants, limonade, diète.)

Le huitième accès est plus violent que les précédents; d'ailleurs même état dans l'apyrexie. (Six grains de sulfate de quinine.)

Neuvième accès, encore plus intense. (Même dose de sulfate de quinine.)

Le dixième accès est accompagné de vomissements, avec cardialgie atroce et soif qu'on ne peut étancher. (Dix sangsues sur l'épigastre, au milieu de l'accès.) Celui-ci se termine plus promptement. Les symptômes de gastrite diminuent.

Onzième accès plus modéré. Dans l'apyrexie les symptômes d'embarras gastrique persistent seuls. (Deux grains d'émétique en lavage.) Évacuations bilieuses par les selles et le vomissement, à la suite desquelles disparaissent tout-à-coup l'amertume de la bouche et la douleur frontale sourde qui désolait le malade.

Le douzième accès paraît en tierce, mais il est faible et de courte durée. (Deux laxatifs.) Appétit. Les accès tierces reparaissent régulièrement, mais avec beaucoup de modération : les jambes deviennent œdémateuses; l'estomac n'accuse aucune irritation. J'essaie la pommade stibiée de M. Peysson, sans succès. Huit grains de sulfate de quinine arrêtent les accès sans retour.

Cette observation est de la même nature que la précédente : elle confirme pleinement l'existence de la complication gastro-bilieuse.

B. *Description générale de la fièvre intermittente bilieuse-gastrique.*

La fièvre intermittente se complique très-fréquemment de symptômes bilieux et gastriques, dans les pays marécageux, surtout pendant l'été et l'automne. Ces symptômes se montrent sous deux variétés bien tranchées, connues sous les dénominations d'état saburral, embarras gastrique ou bilieux, et d'irritation gastrique, de gastro-entérite. Comme ces deux états peuvent exister indépendamment de tout mouvement fébrile, je les décrirai d'abord séparément, puis dans leur rapport avec la fièvre intermittente.

Première variété. — *Embarras gastrique.*

L'embarras gastrique précède souvent la fièvre; moins fréquemment il se développe pendant son cours : il est endémique dans les pays marécageux, dans les lieux bas, humides, dans les prisons, les hôpitaux, parmi le bas peuple et les personnes peu irritables, dont la nourriture est grossière et le régime déréglé. Il s'annonce par la perte d'appétit, le dégoût, l'amertume de la bouche, quelquefois par un goût fétide d'œufs pourris, ou bien aigre, salé ou fade. Le malade désire des aliments de haut goût, est promptement rassasié; souvent il salive; sa langue est large, épaisse, humide, uniformément grisâtre ou jaunâtre; son haleine est fétide; le pourtour du nez et des lèvres est cerné par un cercle jaune ou verdâtre; la sclérotique participe ordinairement à cette teinte; la région épigastrique est le siége d'un malaise, d'un poids incommode; quelquefois d'une douleur violente et constrictive; mais la pression ne l'augmente pas, elle la diminue plutôt.

Le malade éprouve dans la région fronto-orbitaire une douleur sourde modérée, mais continue, une espèce de lourdeur de tête; il est plongé dans la tristesse : lorsqu'il se livre à quelque exercice il se fatigue et sue promptement.

Cet état peut persister assez long-temps au même degré : il se termine par la guérison, ou d'une manière insensible, ou à la suite de vomissements ou de déjections spontanées ou provoquées. D'autres fois il s'aggrave et se complique de gastro-entérite ou d'une fièvre intermittente.

Cette dernière présente les caractères suivants : début dans la matinée par un frisson prolongé, ordinairement avec tremblement général et nausées, le vomissement est rare; chaleur modérée, soif peu prononcée, mouvement fébrile, en général peu intense, terminé par des sueurs abondantes.

L'apyrexie est toujours complète. A chaque accès les symptômes d'embarras gastrique s'exaltent et reviennent après au même point. Les types tierce et quarte sont les plus communs. L'accès est de huit à douze heures, terme moyen, et ne produit point une grande faiblesse musculaire lorsqu'il ne se prolonge pas trop.

Il arrive assez fréquemment que les symptômes d'embarras gastrique ne paraissent qu'après quelques accès d'une fièvre intermittente simple ou gastrique, lorsque l'irritation gastro-hépatique aiguë est tombée spontanément, ou à la suite d'un traitement antiphlogistique. Cette complication s'attache, soit primitivement, soit secondairement, aux trois quarts des fièvres intermittentes qui règnent dant la Bresse marécageuse, surtout pendant les étés et automnes pluvieux ; c'est alors que le type tierce est le plus commun.

Deuxième variété.—*Irritation aiguë des organes digestifs.*

La fièvre intermittente, soit avec gastrite simple soit avec gastro-entérite et symptômes bilieux, se montre pendant les grandes chaleurs, et concurremment avec les fièvres continues de même caractère. Les accès en sont très-violents, et toujours précédés, pendant quelques jours, par les symptômes qui constituent leur complication. Ils débutent presque constamment, de huit à dix heures du matin (1), par un frisson court et léger, des nausées, des vomissements bilieux, fatigants et douloureux, et par le brisement des lombes et des cuisses. La chaleur qui succède est ardente, la céphalalgie fronto-orbitaire cruelle ; la face est d'un rouge jaunâtre, surtout autour du nez et de la bouche; la langue est alongée, rouge sur ses bords, d'un blanc jaune à sa surface, qui d'ailleurs est sèche, pointillée de rouge ; la bouche est amère ; il y a une grande répugnance pour les boissons chaudes et les bouillons gras, mais un désir immodéré des boissons acides froides, et surtout de l'eau pure et aussi froide que possible. Aussi la soif est-elle souvent inextinguible, et les malades boivent-ils en si grande abondance, sans même pouvoir se désaltérer, qu'il en résulte une véritable indigestion, se terminant par des vomissements et des déjections abondantes. L'épigastre est très-sensible au toucher, les hypochondres sont tendus, toute cette région est brûlante à un plus haut degré qu'ailleurs ; souvent on y sent des pulsations profondes très-fortes : et quelquefois cet état s'observe dans d'autres points de l'abdomen.

(1) Depuis 1825, l'époque de l'invasion des accès est beaucoup plus variable. Il en sera question dans le dernier chapitre.

Les vomissements bilieux répétés et la douleur fronto-orbitaire sont les deux symptômes qui désespèrent le plus les malades. La dernière est portée quelquefois si loin, qu'elle provoque le délire ; alors les vomissements, qui ne surviennent ordinairement que pendant le premier stade, se prolongent dans le deuxième.

L'apyrexie, dans les premiers accès, n'est pas complète. Outre la persistance de la phlegmasie gastrique, le pouls reste encore fréquent; la chaleur générale ne tombe pas entièrement, de même que la soif; c'est presque une fièvre rémittente. Les paroxysmes sont très-longs, à type quotidien, quelquefois tierce ou double tierce. Les sueurs ne paraissent pas tant que les symptômes se soutiennent au même degré, et les urines restent jaunes et troubles. Le ventre est d'abord serré ; un peu plus tard il devient douloureux, et il s'y joint des déjections bilieuses.

Si la maladie est livrée à elle-même, elle se prolonge beaucoup chez les sujets irritables, et peut facilement dégénérer en fièvre continue, lorsque le malade s'expose à un écart de régime : cette aggravation arrive encore plus promptement sous l'influence des stimulants, et surtout des purgatifs. La violence et la longue durée des accès rendent la convalescence difficile, et les rechutes presque inévitables, malgré les précautions les plus minutieuses; mais ces récidives n'ont point ordinairement l'intensité des premiers accès. Le type change quelquefois, et plus souvent encore l'heure des frissons : cette époque retarde toujours; et plus la fièvre est ancienne, plus l'heure des accès se rapproche du soir.

Les organes digestifs conservent long-temps un état qui rend les digestions fatigantes, malgré le vif appétit du convalescent. La rate et le foie se maintiennent dans un état d'engorgement qui ne fait éprouver à l'individu qu'un sentiment de gonflement indolent. L'œdème et l'anasarque sont communs au déclin.

Quand une fièvre de cette espèce attaque l'indigène du pays d'étangs, à la suite des moissons, chaque retour d'accès est marqué par des vomissements bilieux extrêmement abondants ; les yeux et la figure se colorent en jaune ; mais la fièvre est de moindre durée, et s'accompagne moins souvent d'irritation cérébrale violente que chez l'étranger : son état aigu se calme plus promptement pour faire place au type intermittent, avec embarras bilieux, ou pour disparaître après les vomissements. C'est dans ce dernier cas qu'il se fait souvent une éruption pustuleuse ou boutonneuse sur les lèvres. Les habitants de la Bresse savent si bien que l'apparition de ces boutons est un signe favorable qu'ils disent alors que la fièvre leur est *sortie par les lèvres.*

§ IV. FIÈVRE INTERMITTENTE MUQUEUSE.

A. *Observations particulières.*

Douzième observation.

Bigneux, âgé de dix-huit ans, berger dans le pays d'étangs, entre à l'hôpital dans le mois de janvier, atteint, depuis deux mois, d'une fièvre intermittente, tantôt tierce, tantôt quarte, et même quarte doublée. Lors des premiers accès elle était quotidienne, et débutait le matin; mais depuis son changement de type elle survenait dans la soirée avec les symptômes suivants : frisson de deux heures avec tremblement léger, brisement des jambes, toux sèche, oppression; puis chaleur modérée, céphalalgie faible non circonscrite, langue pâle, dégoût, un peu d'amertume dans la bouche, peu de soif, moiteur dans la nuit, pouls petit et fréquent. L'intermission était complète quant au mouvement fébrile; mais le malade était languissant, sans appétit; il toussait et expectorait des mucosités; son ventre était bouffi, douloureux à la pression; les selles liquides et rendues trois fois dans les vingt-quatre heures : la figure était pâle, tuméfiée, les pieds œdémateux et la rate volumineuse. Les accès n'avaient jamais été très-violents. Le malade ayant conservé jusqu'alors un peu de force et d'appétit, n'avait pris aucun médicament, et n'avait presque pas discontinué de mener paître son troupeau par tous les temps.

Le deuxième jour de son entrée il prend un grain d'émétique dans une tasse de bouillon aux herbes qui excite quelques vomissements mucoso-bilieux. La fièvre, qui était quarte, devient tierce.

Quatrième jour, minoratif qui provoque quelques selles avec coliques (infusion de fleurs béchiques, vésicatoire au bras, soupes); l'accès suivant ne varie pas.

Sixième jour, six grains de sulfate de quinine par intermission.

Dixième jour, la fièvre s'arrête, l'appétit se fait sentir, la diarrhée cesse; il y a moins de langueur, mais l'enflure fait des progrès si rapides, qu'en trois jours le malade est leuco-phlegmatique, que la fluctuation se fait sentir dans le ventre, et que l'enflure de la face et des paupières couvre les yeux; d'ailleurs il n'y a ni soif ni douleur, mais une grande diminution dans la sécrétion urinaire, de la dyspnée et de la toux. (Vésicatoire à une cuisse; vin diurétique de Corvisart, trois ou quatre onces par jour; deux bouteilles d'eau de Sedlitz, en deux jours; eau et vin blanc pour boisson, demi-portion.) Au bout de huit jours les urines commencent à couler en grande abondance.

Vingt-cinquième jour, guérison complète.

Treizième observation.

Mademoiselle A., âgée de vingt-huit ans, d'une constitution irritable, et en même temps lymphatico-sanguine, avait une menstruation difficile, douloureuse et peu abondante, depuis deux ans qu'elle habitait au milieu des marais. Elle était souvent tourmentée par des douleurs spléno-épigastriques, par une grande sensibilité de l'hypogastre, et par de la céphalalgie avec bouffées de chaleur, tandis que les pieds étaient habituellement froids. La malade mangeait sans goût, et de temps en temps elle éprouvait des frissons et quelques accès irréguliers de fièvre. Enfin, dans le mois de janvier 1824 ces symptômes s'aggravent, et la fièvre se régularise de la manière suivante :

Dans la soirée, horripilation générale fugace, qui se prolonge pendant trois heures, en alternant avec des bouffées de chaleur; douleur sourde dans les genoux et dans les lombes, accompagnée de nausées et de quelques vomissements muqueux; puis chaleur progressive modérée, soif peu vive, langue humide, un peu rouge à la pointe, sans enduit ni mauvais goût; céphalalgie circonscrite et peu intense, sentiment de strangulation, face colorée, plaintes, terreurs, soubresauts, pouls vif, serré et fréquent; tout l'abdomen douloureux à la pression, surtout dans sa partie supérieure. Cet état dure toute la nuit; la fièvre décline dans la matinée avec une légère sueur : dans la journée, langueur, persistance du mal de tête et d'estomac, pouls un peu fréquent, urines peu colorées.

Troisième jour, douze sangsues sur la région de l'estomac et de la rate, partie de l'abdomen la plus douloureuse; diète, limonade gommée.

Le sang coule avec abondance, retour de l'accès à huit heures du soir, avec plus de violence, et un resserrement spasmodique du pharynx, qui épouvante la malade en lui faisant craindre d'être étouffée, quoiqu'il n'y ait que peu de gêne dans la respiration. Cependant la région spléno-épigastrique est moins douloureuse; sur le matin, moiteur, nausées avec défaillance, salivation.

Quatrième jour, sulfate de quinine, quatre grains; laudanum, quinze gouttes dans trois onces d'eau gommée, à prendre en trois fois avant l'accès : celui-ci est beaucoup plus léger et la céphalalgie persiste.

Cinquième et sixième jours (même prescription, vésicatoire au bras), les accès décroissent d'intensité insensiblement, l'appétit se fait sentir; on suspend tout remède pendant quinze jours; la malade ne ressent que ses malaises ordinaires. Au bout de ce temps-là il survient une diarrhée modérée sans colique, une petite toux sèche, des frissons irréguliers et l'appétit se perd; des accès en quarte se montrent, en débutant le soir, comme les précédents, avec à peu près les mêmes symptômes.

(Eau gommée, bouillon, potages clairs, demi-grain d'opium chaque soir.) Après le cinquième accès on fait prendre, six heures avant le sixième,

trois gros de poudre de quinquina en lavement, qui produisent des coliques; la fièvre devient quotidienne. (Sulfate de quinine, huit grains; laudanum, douze gouttes; eau gommée, deux onces, à prendre en deux fois.) Les accès ne reviennent pas, mais les jambes deviennent œdémateuses, et en quatre jours l'enflure est générale et les urines rares : toutefois appétit.

Eau bien chargée de gomme arabique,	℥ x
Nitrate de potasse,	ʒ iij
Sirop de guimauve,	℥ ij

à prendre en quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Le troisième jour les urines coulent avec une grande abondance; le huitième jour l'infiltration n'existe plus, mais la rate est encore un peu engorgée. Je remplace les deux gros de nitre par une once de teinture de mars dans la potion, et je fais continuer celle-ci encore l'espace de six jours. On ne sent plus la rate; la malade est complètement remise, et quitte le pays d'étangs pour une habitation plus salubre.

Quatorzième observation.

Dans le mois de septembre 1822, entre à l'hôpital un jeune homme de dix-huit ans, pâle, bouffi, généralement infiltré, berger dans la Bresse quoique étranger au pays, passant la nuit dans les champs, ne buvant que de l'eau, et travaillé par une fièvre tierce depuis plus de quinze jours. Le dernier accès avait été si violent qu'on avait été obligé de transporter ce malheureux sans connaissance jusqu'à l'hôpital.

A son entrée l'accès était sur son déclin, la sueur presque nulle, la langue était blanche, le malade conservait un peu de soif, il avait une toux sèche, de la difficulté à respirer, des palpitations. Outre l'infiltration générale, on sentait une fluctuation dans l'abdomen et une tuméfaction considérable de la rate; diarrhée modérée avec quelques tranchées, légère douleur à la pression, bouche amère.

Le lendemain, dans le milieu du jour, retour de l'accès par un frisson général avec tremblement, augmentation de la toux et de l'oppression, céphalalgie frontale, langue sèche, soif modérée, grande anxiété, nul trouble dans les idées, déclin de la fièvre dans la nuit, sans sueur pendant ce paroxysme; l'anasarque a fait des progrès.

Le troisième jour de l'entrée, un grain d'émétique amène des vomissements bilieux et des déjections alvines avec des tranchées, une grande soif et même des douleurs de ventre augmentant à la pression. Dix sangsues autour de l'ombilic font disparaître ces douleurs, mais les déjections alvines persistent. (Eau gommée nitrée.)

Quatrième jour, l'accès est léger, mais l'infiltration générale fait des progrès rapides, la respiration s'embarrasse de plus en plus, le pouls est vif et serré, soif, apyrexie presque complète, sans sueur. (Trois vésicatoires, cinq grains de sulfate de quinine.)

Sixième jour, on oublie de donner une seconde dose de sulfate de quinine, l'accès est plus fort, la langue pâle, mais très-sèche, toux continuelle, suffocation, céphalalgie nulle, apyrexie moins prononcée.

Septième jour (six grains de sulfate de quinine avec vingt grains d'acétate de potasse); l'accès ne paraît pas; mais l'infiltration est devenue si considérable, que le malade ne peut plus respirer et que la suffocation entraîne la mort dans la nuit.

Nécroscopie.

Infiltration générale énorme du tissu cellulaire, surtout du tissu cellulaire sous-cutané.

Poumons infiltrés seulement sous leur membrane pleurétique, mais crépitants, excepté vers leur face postérieure, et dans le lobe droit supérieur, qui se trouve dans un état d'hépatisation molle et blanchâtre. Membrane muqueuse, bronchique rouge, lisse, peu humectée.

Sérosité limpide, remplissant les deux cavités thoraciques, épanchement de même nature dans le péricarde et dans la cavité péritonéale.

Cavités droites du cœur, et troncs veineux gorgés de sang noir.

L'estomac paraît d'une couleur et d'une consistance naturelles, excepté près de l'ouverture pylorique, où l'on aperçoit sur la membrane muqueuse une rougeur très-vive, et un épaississement mou, comprenant toutes les tuniques.

Le foie est très-volumineux, d'un brun verdâtre, d'une consistance molle, gorgé d'un sang très-noir; la vésicule est pleine d'une bile verte.

La rate est trois fois aussi volumineuse qu'elle devrait être dans l'état sain; son tissu est mou, il se déchire avec la plus grande facilité, et laisse écouler comme une bouillie noirâtre.

Les intestins sont pâles et flasques, plusieurs anses de l'intestin grêle sont invaginés, sans présenter dans aucun point de la membrane muqueuse une altération quelconque, excepté une moindre consistance; une matière pultacée jaunâtre, jointe à un fluide visqueux, la recouvre.

Le malade a succombé à une véritable suffocation, résultat de l'épanchement séreux dans la poitrine. Cet épanchement paraît dû à l'impuissance où s'est trouvé le tissu cutané de s'épanouir au déclin de chaque accès, et d'être le siége de l'exhalation dérivative et débilitante qui est alors si nécessaire. L'exhalation repoussée de la peau s'est faite sur les membranes séreuses de la poitrine et du ventre, comme dans les mailles du tissu cellulaire extérieur et même intérieur. Les membranes

muqueuses, surtout celles des bronches, ont participé à l'irritation qui y est devenue fixe et permanente. Tous ces phénomènes se sont accrus rapidement à chaque accès par la stase veineuse et le défaut d'absorption qui caractérisent le premier stade, et par l'exhalation séreuse abondante qui se formait pendant le second et le troisième sur tout autre tissu que celui de la peau, et à laquelle je n'ai malheureusement rien opposé. Le foie et la rate ont offert un ramollissement commençant, qui est le résultat naturel de congestions répétées.

Au lieu de perdre un temps précieux à donner un évacuant nuisible dans ce cas, j'aurais dû chercher de suite, tout en attaquant la fièvre, à stimuler énergiquement la peau et l'organe sécrétoire de l'urine. Je n'aurais peut-être pas réussi, attendu que le poumon offrait déjà une altération profonde; mais au moins j'aurais rempli les indications. En se contentant d'attaquer les accès par le fébrifuge, on s'expose presque toujours à voir croître l'enflure; celle-ci est ordinairement sans danger lorsqu'elle n'occupe que le ventre ou l'extérieur du corps ; mais il n'en est pas de même lorsqu'elle s'accumule dans la poitrine ou dans la tête.

Parmi le nombre considérable de fiévreux qui m'ont offert, soit pendant le cours de la fièvre, soit après, des infiltrations séreuses à tous les degrés, c'est là le second exemple d'un épanchement dans les plèvres et le péricarde, qui ait été assez considérable pour amener la mort.

B. *Description générale de la fièvre intermittente muqueuse.*

Cette fièvre, dit M. Pinel, débute le soir et durant la nuit; le frisson consiste dans une horripilation, il est rarement accompagné de tremblement; le froid commence ordinairement par les pieds, et s'étend à toute l'habitude du corps; il s'accompagne fréquemment de nausées, de vomissements, de cardialgie, de tuméfaction abdominale, de déjections et de céphalalgie; le pouls est lent; une chaleur modérée succède, elle s'établit lentement et avec des retours irréguliers de frissons fugaces.

Dans le deuxième période, la soif est modérée, le pouls fréquent sans être dur, l'urine de couleur citrine, et la somnolence est quelquefois insurmontable.

Le troisième période consiste dans une légère moiteur; la sueur est souvent nulle dans les premiers accès. La durée de ceux-ci varie de trois à dix heures, et au-delà; l'intervalle qui s'écoule entre chacun d'eux est ordinairement accompagné d'une inertie générale et d'un sentiment de pesanteur. Cette fièvre se prolonge indéfiniment, et souvent d'une saison à l'autre. « Il est impossible, dit M. Boisseau, d'ajouter à ce tableau, tracé de main de maître; tous les traits dont il se compose démontrent évidemment que cette fièvre est due à la nuance gastro-entérite qui constitue la fièvre muqueuse continue ; celle-ci prend le type intermittent, plus souvent que la fièvre gastrique. Moins grave que cette dernière, elle est plus susceptible de passer à l'état chronique et d'entraîner des altérations profondes dans les ganglions, la rate et le foie. »

Ces terminaisons funestes et assez fréquentes prouvent au contraire que la fièvre intermittente muqueuse est plus grave que l'intermittente gastrique. M. Boisseau a peut-être voulu dire que cette dernière était plus violente. Le tableau que trace M. Pinel, de la première, n'est pas complet; on peut ajouter que la présence des vers, complication très-commune, fait naître une infinité d'incidents sympathiques, nerveux et irréguliers; que chez les femmes irritables, surtout, il survient des symptômes d'irritation quelquefois très-violents, dans une des cavités, comme des points douloureux dans la poitrine, avec dyspnée et toux sèche, des mouvements spasmodiques, du délire, et que, dans ces cas, s'il s'y joint encore une grande sensibilité du ventre, la fièvre prend le type rémittent, se prolonge indéfiniment, et se termine quelquefois par les obstructions et l'ascite.

Les femmes, les jeunes gens débiles en sont atteints de préférence, de même que les personnes dont la constitution est lymphatico-nerveuse, et que celles qui sont tourmentées par des irritations habituelles des organes digestifs, qui sont sujettes aux leucorrhées, aux vers, dont la menstruation est difficile, qui vivent habituellement dans des lieux bas, humides, et se nourrissent mal.

La fièvre simple, lorsqu'elle se prolonge dans l'hiver, dégénère en quarte et prend ordinairement ce caractère; elle ne commence guère, d'ailleurs, à se montrer que dans l'automne et pendant les hivers pluvieux, plus tôt ou plus tard, en raison de la plus ou moins grande humidité de la saison; elle est aussi rare dans les chaleurs que la fièvre gastrique dans la saison froide : elle prend tous les types, mais particulièrement le quotidien dans l'état aigu, et le quarte dans l'état chronique; elle s'accompagne presque toujours d'un catarrhe bronchique.

« Quand les enfants, dit Sydenham, ont eu longtemps les fièvres d'automne, il n'y a aucune espérance de les en délivrer jusqu'à ce que la région de l'abdomen, surtout vers la rate, ait commencé à se tuméfier et à se durcir ; car, à mesure que ce symptôme vient, la fièvre s'en va ; et il n'est peut-être pas de meilleur signe pour connaître qu'elle finira bientôt, que lorsqu'on le voit venir : il en est de même des enflures de jambes, qu'on voit quelquefois survenir dans les adultes (p. 73). »

J'ai pu vérifier un grand nombre de fois la vérité de cette observation ; mais aussi bien chez les

adultes que chez les enfants. Aussitôt que les chaleurs d'été sont passées, la plupart des fiévreux, surtout ceux qui le sont depuis plus d'un mois, commencent à enfler dès que la fièvre est supprimée : qu'elle le soit brusquement ou non, par le fébrifuge ou par les seules forces de la nature ; l'enflure se borne souvent aux jambes et à la rate ; d'autres fois elle gagne le tissu cellulaire du buste jusqu'à la hauteur des premières côtes ; d'autres fois aussi l'infiltration est générale; il est très-rare cependant qu'il se forme des épanchements séreux dans la poitrine et dans le crâne.

Lorsque la fièvre persiste avec l'apparition de ces symptômes, qu'elle prend surtout le caractère rémittent, que le ventre est douloureux, que la soif se fait sentir, c'est l'annonce d'une altération organique d'un ou de plusieurs viscères du bas-ventre, et l'on doit porter un pronostic fâcheux.

Peut-être m'objectera-t-on que la dénomination de muqueuse, jointe à celle de fièvre intermittente, est bien vague ; que si elle désigne une phlegmasie des voies digestives, le mot gastro-entérite était plus significatif; que si on lui donne un autre sens, ou elle n'exprime rien, ou elle exprime un fait qu'il faut faire connaître clairement. Je répondrai qu'en effet j'entends en me servant de l'épithète de muqueuse, exprimer une phlegmasie, non-seulement de la membrane muqueuse intestinale, mais encore de celle des bronches, et que si je ne désigne que celle-ci par l'expression de gastro-entérite, c'est que je suis convaincu que la différence entre ces deux phlegmasies est assez tranchée pour qu'il soit nécessaire de les séparer par des dénominations différentes.

En effet, l'irritation muqueuse est sous la dépendance d'un froid humide, d'une constitution molle, lymphatique ; quoique souvent liée à une grande sensibilité nerveuse elle se distingue par une augmentation dans la sécrétion muqueuse en général, et spécialement dans celle du tube gastro-intestinal, et par l'absence de tous les phénomènes violents qui caractérisent l'inflammation des capillaires sanguins des mêmes parties. Les lésions cadavériques sont l'épaississement blanc ou mi-rouge, le ramollissement, les ulcérations de la membrane muqueuse intestinale, les éruptions, les aphthes, la tuméfaction des glandes du mésentère, leur ramollissement, joints à la présence des vers et de beaucoup de mucosités dans les intestins; toutes ces circonstances réunies prouvent l'existence d'une phlegmasie de la membrane muqueuse intestinale, surtout de celle des intestins grêles; mais elles prouvent aussi que le siége de cette lésion est plutôt dans les follicules muqueux ou les vaisseaux blancs, que dans les capillaires sanguins ou dans tout le tissu indistinctement. Cette distinction, qui me paraît fondée sur les faits d'anatomie pathologique et sur les symptômes, n'a point répugné à l'esprit judicieux de M. Boisseau, puisqu'il dit (page 179 de sa *Pyrétologie*) : « On peut admettre que les follicules de la membrane gastrique ressentent plus fortement l'influence de l'humidité froide, parce que le froid humide, supprimant principalement l'action sécrétoire de la peau, les membranes muqueuses ont surtout à remplacer leur sécrétion supprimée ; les recherches anatomiques de Rœderer et Wagler tendent à démontrer cette proposition : peut-être n'isole-t-on pas assez les follicules de la membrane à laquelle ils sont incorporés; quelque réserve qu'on doive apporter dans la distinction des tissus, celle-ci paraît admissible. »

Parce que le scalpel ne peut point séparer et isoler les différentes parties qui constituent et composent un tissu nie-t-on pour cela leur existence ? Si ces parties existent, elles ont des qualités différentes, des fonctions qui leur sont propres, par conséquent elles doivent être sujettes à des liaisons particulières, indépendamment de celles qu'elles partagent avec la masse du tissu qu'elles concourent à former. Ainsi les lésions nombreuses de la peau, connues sous les noms de rougeole, variole, pemphigus, urticaire, érysipèle, miliaire, dartres, etc., ne prouvent-elles pas, soit par leurs formes extérieures, soit par leurs symptômes, leurs terminaisons et le résultat des médications, qu'elles peuvent ne pas dépendre d'une maladie du derme considéré dans toute son épaisseur, c'est-à-dire, dans toutes les parties réunies qui entrent dans la composition de son tissu? que la dénomination de cutite, n'ayant qu'une signification générale, comme celle de gastro-entérite, n'exprime qu'une phlegmasie de la peau et du tube intestinal, sans désignation de variétés, et qu'alors il est nécessaire d'y joindre une dénomination distinctive, constatant autre chose qu'une intensité plus ou moins forte de l'inflammation. Ainsi, on est, je présume, parfaitement autorisé à admettre une gastro-entérite muqueuse ou folliculeuse, c'est-à-dire, une phlegmasie spéciale des follicules muqueux des membranes gastro-intestinales, compliquant la fièvre intermittente. Lorsque cette phlegmasie n'est plus aiguë, ou lorsque à son début elle a été très-faible et s'est concentrée dans les intestins seuls, elle forme ce qu'on appelle l'embarras intestinal.

§ V. FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE.

A. *Observations particulières.*

Quinzième observation. — Fièvre soporeuse.

Pascal, âgé de quarante-cinq ans, grand, maigre, se nourrissant très-mal à raison de sa misère, employé au lavage des laines dans la manufacture de draps dont j'ai déjà parlé, entre à l'hôpital dans le mois d'août 1822, avec une fièvre quotidienne au

quatrième accès, débutant dans la matinée par des frissons et un tremblement général d'une heure et demie, sans nausées, suivis d'une chaleur modérée avec prostration et sorte divresse ; la tête est lourde, sans douleur circonscrite, la langue est pâle, la soif est nulle, la bouche amère, fétide, le ventre et l'épigastre souples et non douloureux, même à la pression ; le pouls, concentré et peu accéléré, s'élève lorsque la sueur commence, ce qui arrive à neuf heures du soir et dure toute la nuit. L'apyrexie est complète depuis minuit jusqu'à neuf heures du matin ; mais les symptômes d'embarras gastrique persistent, c'est-à-dire le dégoût, la fétidité amère de la bouche, et une grande faiblesse musculaire.

Le lendemain, deux grains d'émétique sont administrés dans deux verrées de bouillon aux herbes ; il en résulte des vomissements d'une bile d'un vert sombre et d'une saveur horriblement fétide, accompagnée d'un ver lombric : l'accès reparaît sur les dix heures avec plus d'intensité, et la prostration est plus prononcée. Il en est de même au sixième accès.

Comme le goût est toujours dépravé, sans soif ni rougeur de la langue, et que l'apyrexie est parfaite, un nouveau grain d'émétique est donné à huit heures du matin : bientôt après le malade rend par le vomissement une quantité énorme d'un liquide semblable à de la lessive très-chargée. A dix heures, septième accès pareil aux précédents : il est inutile de dire que le malade était à la limonade et à la diète la plus sévère. Le huitième accès n'offre aucun changement.

L'amertume de la bouche, l'anorexie sont à peu près au même point ; un demi-grain d'émétique fait encore rendre beaucoup de bile de même qualité ; mais deux heures après, c'est-à-dire à huit heures du matin, froid glacial sans tremblement, prostration complète avec perte de connaissance, face cadavéreuse, râle, pouls imperceptible. Au bout de huit heures d'une espèce d'agonie, pendant laquelle les sinapismes ne furent nullement sentis, le pouls se relève et devient même plein, la peau se couvre d'une sueur fluide, qui devint si abondante, qu'elle ruisselle de toute part ; en même temps la connaissance revient, mais avec un regard stupide ; le malade peut avaler, mais ne désire aucune boisson ; l'intermission est complète au milieu de la nuit, la bouche n'est plus mauvaise, la langue est toujours pâle, large et humide ; le malade vacille sur ses jambes, et est pris de vertiges même en se levant sur son séant (neuf grains de sulfate de quinine en deux doses). L'accès suivant, qui est le dixième, paraît à la même heure, mais dépouillé de tout symptôme grave ; faiblesse musculaire très-grande.

Onzième jour. Six grains de sulfate de quinine, la fièvre manque, le malade mange un potage avec appétit ; on continue le fébrifuge à faibles doses pendant quelques jours ; la grande prostration musculaire, seul accident qui persiste, se dissipe au bout de quinze jours.

Un mois après, rechute ; trois accès semblables au neuvième : dix grains de sulfate de quinine suffisent à la guérison, mais le goût était naturel.

M. Monfalcon, en citant cette observation dans son *Histoire des Marais* (page 448), n'y voit qu'une gastrite évidente compliquée d'accès pernicieux par un abus déplorable de l'émétique. L'absence de la soif et de la douleur épigastrique, même à la pression ; l'état de la langue, large, humide, sans rougeur, ne permettront jamais à un médecin qui a vu et traité des malades, de croire, dans ces circonstances, à l'existence d'une gastrite. Les résultats de l'administration de l'émétique concourent encore à prouver que l'estomac n'était pas le siége d'une phlegmasie, puisqu'après son usage, ou, si l'on veut, son abus, aucun symptôme caractéristique d'inflammation ne s'est manifesté. D'ailleurs, le sulfate de quinine n'a-t-il pas eu tout le succès désirable sans avoir été accompagné ou suivi du moindre phénomène d'irritation gastrique? Cela seul prouve qu'il n'y avait point de gastrite. L'émétique a-t-il contribué au développement des accès pernicieux ? M. Monfalcon n'en doute pas, mais il n'en donne aucune preuve. Quant à moi, ce qui me fait pencher pour la négative, c'est que l'état de vertige et de prostration qui s'est d'abord fait remarquer annonçait que le cerveau était déjà assez fortement affecté, et qu'il n'était besoin que de la progression des accès pour amener les phénomènes pernicieux. Deux choses confirment cette manière de voir : la rechute ou le retour des paroxysmes soporeux, quoiqu'il n'y ait point eu d'émétique administré, et l'impuissance du traitement antiphlogistique lui-même, dans le plus grand nombre de cas, pour prévenir les fièvres intermittentes pernicieuses, quoiqu'il puisse concourir avantageusement à leur guérison, comme l'émétique le fait quelquefois.

Ce qu'il y avait de plus évident dans l'état des organes du ventre de notre malade, c'était la lésion des fonctions du foie, puisque la sécrétion bilieuse était considérablement augmentée, et son produit profondément altéré. Existait-il une hépatite ? Non, mais bien une congestion, un engorgement, véritable cause de la lésion de la sécrétion bilieuse ; l'émétique a été utile en activant l'écoulement de la bile, en en débarrassant l'estomac, et, par ce moyen, en diminuant l'engorgement hépatique et favorisant l'action du fébrifuge. C'est principalement dans le cas de fièvre soporeuse que l'engorgement veineux du foie et de la rate est porté très loin, et tend à désorganiser et à ramollir ces organes par la promptitude de sa formation et le degré où il est porté.

Les symptômes de la fièvre soporeuse sont ceux qui caractérisent l'agonie de la plupart des malades qui succombent à une inflammation aiguë gangreneuse des viscères du bas-ventre, pendant laquelle le cerveau n'a point présenté de signes de lésions, et n'en présente aucune trace après la mort.

Seizième observation. — Fièvre gastrique soporeuse.

Piton, âgé de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, quitte son pays, le Vivarais, dans le mois de juillet, avec plusieurs de ses compatriotes, pour récolter et battre le blé dans une ferme près de Montluel, entourée de fossés marécageux. Dans le commencement de septembre, Piton se plaint d'une diarrhée sanguinolente, avec coliques, bouche amère, mal de tête, sans soif ni rougeur de la langue; mais il y a un léger mouvement fébrile. Le soir, deux grains d'émétique en lavage font rendre par le vomissement un ver lombric et beaucoup de bile. Deux jours après on amène le malade à l'hôpital; il présentait l'état suivant: soif, la langue blanche et sèche, yeux fixes, ventre douloureux et aplati, céphalalgie modérée, pouls fréquent et concentré (quinze sangsues sur l'abdomen le même jour dans la matinée, limonade gommée). Les sangsues donnent peu de sang. Au bout de deux ou trois heures, froid profond et universel sans tremblement, pendant deux heures; face décomposée, yeux fixes et ternes, langue aride, prostration; le malade ne demande rien et répond par monosyllabes inintelligibles, boit quand on lui offre; la figure se contracte lorsqu'on presse le ventre, surtout près du nombril; la chaleur s'établit peu à peu, le pouls s'élève et devient plein, la face reste pâle, sueur extraordinairement abondante toute la nuit, point de selles.

Le deuxième jour au matin le pouls est presque naturel, la langue est sèche, un peu brune, la soif se fait sentir, la tête n'est que lourde, le regard est moins fixe, mais le malade est plongé dans une indifférence complète sur son état; la bouche est amère, le ventre n'est douloureux que lorsqu'on le presse (lavement émollient, dix grains de sulfate de quinine en deux doses).

A la même heure, deux heures après midi, le froid reparaît, mais en simple frisson; il est bientôt suivi de perte de connaissance, la face devient cadavéreuse: râle et espèce d'agonie qui dure toute la nuit avec moiteur et chaleur intense au toucher. A sept heures du matin les symptômes ont diminué, le pouls est assez plein, mais la connaissance ne revient pas; le malade a les yeux ouverts et immobiles, la cornée terne, les pupilles très-dilatées; la respiration est naturelle, la déglutition possible, et la figure grimace au moment où l'on presse le ventre (vingt-quatre sangsues sur cette région, sinapismes aux quatre membres). Le sang ne coule pas après la chute des sangsues; à deux heures le râle recommence avec la sueur, et le malade expire dans la soirée.

Nécroscopie.

Le cadavre, ouvert le lendemain matin, m'offre la membrane muqueuse de l'estomac d'une couleur brunâtre dans toute sa surface, et couverte de mucosités épaisses et de bile; les intestins grêles sont d'une couleur rouge pointillée dans presque toute l'étendue de la membrane muqueuse, remplis d'une bile jaune tenace, et les gros intestins contractés et moins fortement enflammés; enfin le foie et la rate sont gorgés de sang, mais sans altération organique. Le cerveau est intact.

La lésion cérébrale observée pendant la maladie, annonçait, comme dans l'exemple précédent, une abolition des fonctions du cerveau par défaut d'excitation, plutôt que par le phénomène contraire, et ce soupçon est presque confirmé par la nécroscopie. Il est possible que l'irritation gastro-intestinale ait été portée au point d'opérer une révulsion assez puissante pour enlever au cerveau l'irritabilité nécessaire à l'exercice de ses fonctions, et de son influence générale sur les actes de la vie.

Cette observation, comme plusieurs de celles qui vont suivre, appartient autant au type rémittent qu'à l'intermittent. Si j'anticipe en les rapportant ici, c'est pour rapprocher les symptômes analogues.

Néanmoins, la différence entre ces deux maladies est immense. Dans la première, absence de phlegmasie, fièvre intermittente pure; dans la seconde, inflammation évidente des voies digestives qui se complique d'accès pernicieux.

Dix-septième observation. — Fièvre rémittente soporeuse; ramollissement de la rate.

Un Auvergnat, âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, pionnier, résidant depuis peu dans le pays d'étangs, était atteint depuis dix jours (novembre 1824) d'une fièvre rémittente dont les symptômes dominants étaient une soif inextinguible et des points douloureux dans les hypochondres et dans les lombes; les paroxysmes revenaient tous les jours à dix heures du matin, avec un léger frisson, puis une grande chaleur, et déclinaient dans la nuit par une moiteur faible. Le malade, loin de tout secours, se contentait de boire de l'eau panée.

Le onzième jour, on l'apporte à l'hôpital. Il avait éprouvé le matin un froid profond et universel de deux à trois heures, accompagné de perte de connaissance; la sueur avait paru immédiatement après avec la chaleur, et inondait la peau; la figure était pâle, cadavéreuse, les yeux ternes,

immobiles, à demi-ouverts, le pouls plein et peu fréquent; le malade, étendu sur le dos, ne faisait aucun mouvement; sa respiration était lente et profonde. A trois heures après midi, l'insensibilité commence à diminuer, la parole est encore impossible, mais le malade entend et fait signe qu'il souffre du ventre et de la tête, surtout lorsqu'on presse les parois de la première cavité. La rate est volumineuse, le foie l'est également, l'abdomen est bouffi, rémittent, surtout aux hypochondres (quinze sangsues sont appliquées de suite à l'épigastre, limonade). Dans la nuit toute la connaissance revient avec la parole; mais les idées sont lentes et confuses; la langue est noire, mais humide; il y a peu de soif; les lombes sont profondément douloureuses; la céphalalgie est sourde et générale, le pouls dur et accéléré, la face colorée.

Douzième jour. Froid profond, qui dure depuis onze heures jusqu'à une heure après midi; en même temps perte de connaissance, immobilité, face pâle, langue sèche, retirée; respiration lente, mais facile. A trois heures la sueur commence; à huit heures la connaissance revient, soif extrême, sueur extraordinaire pendant toute la nuit.

Le 13, à quatre heures du matin, quatre grains de sulfate de quinine; à huit heures, le malade gémit, se plaint de douleurs générales, des reins surtout; les hypochondres sont très-sensibles à la pression, la figure est un peu colorée, le pouls presque naturel, et il y a propension à l'assoupissement (six autres grains de sulfate de quinine à neuf heures). A onze heures, froid général sans frissons jusqu'à deux heures: alors perte de connaissance, yeux ouverts, immobiles et ternes; langue sèche, retirée, noire; dents encroûtées, pâleur cadavéreuse, chaleur modérée, prostration complète, sanglots bruyants de temps en temps, pouls fort et accéléré (à trois heures, dix sangsues à l'épigastre et dix sur le trajet des jugulaires); à cinq heures, sueur générale par grosses gouttes (sinapismes aux pieds); à huit heures du soir, le sang coulant encore abondamment des piqûres du cou, je cautérise celles-ci avec la pierre infernale sans que le malade témoigne qu'il s'en aperçoit. Le même état se prolonge jusqu'au lendemain, à midi, avec accroissement du hoquet ou sanglot bruyant; enfin le râle commence et la mort arrive trois heures après.

Nécroscopie.

Ouverture du cadavre quinze heures après la mort. Le ventre était encore chaud; l'estomac ne paraissait point altéré, sa tunique muqueuse était blanchâtre, sans être ramollie, et de grandes rides ou reliefs en coupaient la surface. Les intestins et le mésentère étaient dans l'état naturel, et la membrane muqueuse fortement colorée en jaune: dans les gros intestins il y avait beaucoup de matières ressemblant en quelque sorte à de la terre grasse; la vessie était pleine d'urine.

Le foie était très-gros, d'une couleur brune verdâtre, et moins consistant que dans l'état normal.

La rate avait un volume triple, une grande mollesse, et se réduisait sous les doigts en un putrilage couleur chocolat, dans lequel on apercevait quelques gouttes d'un sang très-noir et quelques brides organiques.

Le péricarde, parfaitement intact, contenait beaucoup de sérosité limpide et peu colorée.

Le cerveau était mou, blanchâtre, ses vaisseaux sanguins étaient exsangues et ses ventricules pleins d'une sérosité aqueuse.

L'altération organique de la rate, dans ce cas, comme dans la violente gastro-entérite de l'observation précédente, ont rendu impuissants les moyens de l'art. Ces deux maladies étaient incurables à l'époque de leur admission à l'hôpital. Les accès pernicieux qui ont terminé la scène n'ont été qu'une complication. La fièvre, au lieu d'être continue, a pris le type intermittent, parce que, dans les pays marécageux, le mouvement périodique fébrile est le plus commun; mais la persistance des accidents, annonçant une lésion des organes du ventre dans la rémission, faisait assez connaître la gravité du mal, et la grande différence qui existait entre ces deux fièvres et celle de Pascal.

On voit, dans cette observation, que le foie tendait à se ramollir comme la rate. Les évacuations sanguines, employées à une époque trop avancée, ont peut-être favorisé l'invasion des accès pernicieux. Quoi qu'il en soit, c'était d'ailleurs le cas de donner le quinquina à plus fortes doses.

Dix-huitième observation.—Fièvre intermittente muqueuse avec idiotisme.

Michel, Auvergnat, âgé de vingt-huit ans, pionnier, résidant depuis un an dans le pays d'étangs, d'une constitution lymphatique, est atteint, dans le mois de novembre 1824, d'une fièvre intermittnte avec complication gastro-muqueuse. Le malade se traite lui-même avec des boissons amères et deux purgatifs qui, en produisant des évacuations abondantes, augmentèrent la force des accès et la faiblesse générale.

Il entra à l'hôpital le premier janvier 1825, trois semaines après l'invasion de la fièvre et dans l'état suivant: Face pâle, terreuse et bouffie; yeux éteints, céphalalgie sourde habituelle, langue pâle, point de soif, ventre tuméfié sans fluctuation, rate très-volumineuse, nulle sensibilité à l'épigastre, pouls naturel. A dix heures du matin, léger frisson d'une heure, bouche sèche, un peu de soif, puis chaleur modérée, pouls un peu plus fréquent et plus élevé que dans l'état naturel, toux sèche, moiteur vers le soir, nuit tranquille, appétit, faiblesse extrême;

les selles sont liquides et rendues sans douleur de ventre deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Tous ces symptômes sont ceux que j'ai signalés comme caractérisant la fièvre intermittente muqueuse chronique. Le fébrifuge étant indiqué, je fis administrer le lendemain, de quatre à dix heures du matin, époque de l'apyrexie, douze grains de sulfate de quinine en deux doses, le troisième jour huit grains et six grains jusqu'au sixième jour. La fièvre diminua progressivement et ne parut plus le septième jour. Le malade ne cesse de demander des aliments ; il mange la demi-portion ; ses forces reviennent un peu.

Cependant la figure reste pâle et bouffie, le ventre et la rate tuméfiés, les jambes œdémateuses ; le soir, des frissons parcourent le dos. Le seizième jour, l'appétit se perd, la bouche devient mauvaise, et le soir il survient un accès avec de la stupeur. Dix-septième jour, un grain d'émétique n'opère que par les selles. Le soir l'accès est plus fort.

Le dix-huitième jour, à la même heure, refroidissement, avec une sorte d'imbécillité, bégaiement, mots sans suite, figure altérée, langue pâle, pouls mou et un peu accéléré. Le malade ne se plaint de rien, il s'enveloppe dans ses couvertures, refuse tout ce qu'on lui présente et reste immobile toute la nuit; chaleur naturelle, point de sueur.

Le dix-neuvième jour, au matin, l'intelligence est moins affaissée, le pouls naturel (quinze grains de sulfate de quinine en trois doses, bouillons). Le soir l'accès reparaît d'une manière plus marquée : absence totale d'idées, quelques mouvements automatiques, prostration, aspect de l'idiotisme (vésicatoire à la nuque, et, au déclin de l'accès, demi-once de poudre de quinquina et huit grains de sulfate de quinine en quatre prises).

Le vingtième jour, l'accès devance, mais l'imbécillité et les mouvements automatiques ne durent que deux heures. La langue est sèche, râpeuse, d'un brun clair, ce que j'attribue au quinquina (demi-once de poudre de cette écorce.)

Le vingt-unième jour, sueur pour la première fois, retour complet des fonctions cérébrales, appétit énergique. Je continue à faire prendre la poudre de quinquina, à la dose de deux gros par jour jusqu'au vingt-cinquième jour. A cette époque le ventre et les jambes sont détuméfiés, la rate n'est plus perceptible au toucher ; la maigreur succède à la bouffissure sans qu'il y ait eu d'évacuations remarquables. La guérison est complète.

Dix-neuvième observation. — Fièvre convulsive.

Joannard, âgé de vingt-quatre ans, de la commune de Laboisse, sujet aux ophthalmies, et à un gonflement des ailes du nez avec croûtes humides (maladies qui n'ont cédé, depuis deux ans, qu'à plusieurs saignées et à un large cautère au bras qui subsiste encore), se fatigue beaucoup à battre le blé à la fin des grandes chaleurs de 1822. Bientôt après, perte d'appétit, lassitudes, céphalalgie frontale, épigastre douloureux, soif, langue rouge, effilée, constipation, abdomen un peu sensible au toucher, dans toute son étendue ; le soir frissons fugaces, suivis de l'exacerbation de tous les symptômes indiqués, pouls dur et fréquent, moiteur nulle.

Appelé le huitième jour, je prescris de la limonade, la diète absolue et douze sangsues sur l'épigastre. Le sang coule peu ; cependant l'estomac est un peu moins douloureux.

Neuvième jour. Accès plus fort (limonade.)

Dixième jour. A cinq heures du soir, deux heures plus tôt qu'à l'ordinaire, frisson avec tremblement d'une heure et demie, suivi d'une chaleur modérée, d'un délire sombre, de mouvements convulsifs brusques, alternant avec un repos parfait. Lorsqu'on adresse la parole au malade, il se tourne rapidement du côté opposé avec un gémissement profond et des grincements de dents, ou bien il fixe sur l'interlocuteur des yeux hagards et comme furieux (la figure était livide, sa bouche contractée), et lui adresse les injures et les menaces les plus énergiques ; la respiration est accélérée, les mouvements du cœur tumultueux, le pouls petit, fréquent et irrégulier, refus de toute boisson. Apyrexie complète au bout de quatorze heures ; il ne reste plus qu'un peu de stupeur, des palpitations et pesanteur de tête avec sensibilité à l'épigastre au toucher.

Onzième jour. Six grains de sulfate de quinine unis à une once de poudre de quinquina, en deux doses. L'estomac rejette ce médicament ; à huit heures du soir retour de l'accès avec des convulsions effrayantes et un délire féroce : des cris de rage et de menace, alternent avec une stupeur profonde et la difficulté de respirer. Apyrexie à la douzième heure, avec un peu de moiteur.

Douzième jour. Quart de lavement avec deux gros de quinquina en poudre ; potion avec quinze gouttes de laudanum et six grains de sulfate de quinine dans trois onces d'eau de tilleul, à prendre en deux fois. Ces médicaments ne fatiguent point. Léger accès à la même heure que la veille, mais sans symptômes graves.

Treizième jour. Même prescription ; la fièvre ne reparaît pas (frictions pendant quelques jours avec la pommade stibiée). Le malade conserve long-temps des palpitations jointes à une grande sensibilité de l'estomac.

Dans cette observation les symptômes graves sont fournis par l'encéphale ; mais quelle immense différence n'existe-t-il pas entre ceux-ci et ceux qui caractérisent les faits précédents. Tout annonce ici une stimulation violente du cerveau avec congestion sanguine, et cependant quelques doses, même assez faibles, du fébrifuge suffisent pour

la détruire. Il est digne de remarque que l'intermission a été plus complète dès l'instant où les accès se sont prononcés fortement, comme si les organes, épuisés par la violence des paroxismes, n'avaient plus assez de vitalité pour se maintenir dans cet état de sur-excitation. Cette cessation des symptômes morbides au moment de leur plus grande exaltation, appartient essentiellement au mode d'action du système nerveux, et aux actions organiques qui dépendent immédiatement de ce système. La modification inflammatoire a une marche plus régulièrement continue, et présente au contraire d'autant plus de fixité qu'elle est plus intense. Je ne crois pas que les sangsues appliquées sur l'épigastre aient contribué à provoquer l'invasion des accès pernicieux, elles étaient parfaitement indiquées, à raison de l'irritation gastrique; mais elles ne les ont point prévenus; si l'on prétend que c'est parce que le sang a trop peu coulé, je répondrai par l'observation suivante.

Vingtième observation. — Fièvre intermittente pernicieuse gastro-céphalo-méningite.

Trigon, âgé de cinquante ans, cultivateur aisé, d'une constitution irritable, de la commune de Laboisse, se fatigua beaucoup à la récolte du foin, dans des prés mi-marécageux (août 1823). Malaise pendant deux jours.

Le troisième, frisson violent remplacé au bout d'une heure par une chaleur et une céphalalgie frontale des plus intenses, avec soif, rougeur et sécheresse de la langue, pouls concentré et très-accéléré, constipation. La chaleur de l'épigastre brûle la main; des pulsations fortes s'y font sentir, mais la douleur y est modérée; coucher en supination, yeux à demi-fermés redoutant la lumière, pupilles resserrées.

Quatrième jour. Même état. Le soir application de 15 grosses sangsues sur le creux de l'estomac, diète, eau gommée. Le sang coule abondamment pendant vingt-quatre heures, c'est-à-dire jusqu'après midi du cinquième jour.

Cinquième jour. Le matin, le malade se trouve beaucoup mieux, la langue est humide, la soif nulle, le pouls faible et non fébrile; mais la faiblesse générale est si grande, que le moindre mouvement amène une défaillance; à midi les pieds commencent à se refroidir, puis la chaleur succède et devient âcre et brûlante, la céphalalgie est atroce et fait grincer des dents; délire sourd, langue sèche et aride, soif extrême, face livide, pâle, paupières à demi-fermées. Le malade se découvre sans cesse, le pouls est serré et fréquent: de l'eau avec un quart de bière pour boisson provoque des vomissements bilieux. Cet état se prolonge jusqu'au lendemain soir, et se termine par une moiteur générale, et un sommeil tranquille.

Septième jour. L'intermission est complète; la langue est blanche et humide, la soif est nulle, la tête est seulement lourde, l'épigastre un peu sensible, le ventre toujours serré (demi-lavement avec trois gros de poudre de quinquina; six grains de sulfate de quinine en potion, limonade). Le lavement n'est pris qu'à moitié; retour du paroxysme à midi, par un léger refroidissement des pieds, et d'une manière insensible avec des symptômes encore plus violents. Le malade refuse tout, excepté l'eau froide pure, qu'il boit avec plaisir et en grande quantité. De même que le précédent, cet accès ne se termine que le lendemain soir, huitième jour; la sueur est plus prononcée, le sommeil bon.

Neuvième jour. (Poudre de quinquina, trois gros en lavement, dans une verrée de véhicule.)

L'accès retarde de cinq heures, se termine au bout de cinq à six heures, et n'offre aucun symptôme grave.

Dixième jour. (Même lavement.) La fièvre ne paraît plus, appétit, suppression de tout médicament. La guérison se soutient, mais l'estomac reste assez long-temps très-irritable.

On voit que, malgré une évacuation sanguine poussée jusqu'à la syncope, les paroxysmes intermittents n'ont pris que plus de violence; mais aussi il est probable que cette évacuation s'est opposée à l'établissement d'une inflammation formidable gastro-céphalique; qu'en favorisant la prééminence de l'influence nerveuse, elle a remplacé un danger imminent par un autre, grave il est vrai, mais contre lequel l'art a plus de prise. Dans cette observation, le cerveau ou ses membranes, sont avec l'estomac le siége de l'irritation congestive, d'où proviennent tous les phénomènes qui ont eu lieu. Quel est celui des deux qui a été primitivement affecté? c'est une question insoluble, et qu'il est d'ailleurs peu important d'éclaircir.

Si j'ai donné le fébrifuge en lavement, c'était pour ménager la membrane muqueuse gastrique.

Vingt-unième observation. — Fièvre tierce tendant à l'engorgement cérébral.

M. S. résidant à Montluel, âgé de soixante-neuf ans, maigre, sanguin, très-actif, éprouve une indigestion le 20 septembre 1823. Les deux jours suivants, malgré un peu de malaise, d'anorexie et la chaleur de l'atmosphère, il se livre sans mesure aux fatigues de la chasse qu'il aime passionnément, sans prendre autre chose que quelques fruits, des potages, et quelques gouttes de rhum. Le troisième jour, étant vêtu très-légèrement et les soirées étant toujours fraîches et humides aux environs de Montluel, M. S. ressent des frissons irréguliers, des lassitudes et du dégoût.

Cinquième jour. A midi, frissons dans le dos

avec tremblement et nausées, chaleur mordicante au fondement (le malade est sujet aux hémorrhoïdes). Au bout d'une heure, chaleur générale modérée, langue sèche, large, un peu jaunâtre, sans soif, face rouge, sans douleur de tête, mais avec assoupissement modéré, pouls plein et repoussant fortement les doigts, le ventre est souple, insensible à la pression. La sueur inonde la peau à la huitième heure.

Sixième jour. Apyrexie complète ; le pouls est plein et lent, il y a propension à l'assoupissement avec ronflement ; si l'on n'excite pas vivement l'attention du malade il perd de suite le fil de la conversation (limonade, diète).

Septième jour. A la même heure, retour de l'accès avec plus d'intensité ; nausées, vomissement de deux gorgées de bile, dans le premier stade: dans le deuxième, chaleur plus forte, langue sèche, d'un brun clair au centre, rouge sur les bords, soif modérée, rêvasseries continuelles, deux selles bilieuses brûlant le fondement ; le ventre est souple, indolent, la tête exempte de douleur. L'accès se termine dans la soirée par des sueurs copieuses et des urines sédimenteuses, mais très-rouges. Apyrexie complète le huitième jour (dix sangsues au fondement, lavement émollient, diète absolue).

Neuvième jour. L'accès se montre deux heures plus tard avec un froid plus long et plus profond ; des nausées et des vomissements plus fatigants, une chaleur plus vive, un assoupissement plus prolongé avec des paroles sans suite.

Un médecin distingué de Lyon, consulté par lettre, répondit qu'on avait affaire à une fièvre tierce légitime, c'est-à-dire, tenant au genre bilieux ; qu'il fallait en conséquence temporiser jusqu'au septième accès, évacuer après et en venir au fébrifuge, si la fièvre était rebelle. Mon collègue et ami, M. Fiard, et moi nous ne pensâmes pas ainsi. Il était évident pour nous que chaque accès augmentait la disposition qu'avait le cerveau à devenir le siége d'une congestion dangereuse; qu'il était urgent d'arrêter promptement ces retours périodiques de concentration avant de les voir s'établir d'une manière permanente, et amener l'aploplexie, l'encéphalite ou un épanchement séreux; qu'attendu l'absence de tout symptôme phlegmasique dans l'apyrexie, rien ne s'opposait à l'administration du fébrifuge ; qu'une nouvelle évacuation sanguine était inutile, et que les purgatifs ne pouvaient qu'être funestes. En conséquence, aussitôt que l'accès fut terminé, on commença l'usage du quinquina. Le mode d'administration de ce médicament ayant été laissé à la discrétion d'un officier de santé, médecin ordinaire du malade, peu familiarisé encore avec les précautions que demande l'emploi du sulfate de quinine, il fit prendre six grains de ce sel, toutes les six heures, dans une cuillerée de sirop de violette, et dans l'intervalle une verrée d'une forte décoction de quinquina, ce qui aurait porté la dose du sulfate de quinine à 36 grains et à 6 verrées de décoction, pendant l'intermission ; averti de la consommation de 12 grains et de deux verrées, et m'apercevant que le pouls s'élevait, que la peau devenait chaude et sèche, et le malade loquace, quoique cependant il n'y eût aucun signe local d'irritation gastrique, je fis suspendre le fébrifuge, et donner en place l'eau de groseille. Moiteur au milieu de la nuit, et sommeil tranquille.

Le lendemain, le pouls est retombé ; il est plus naturel qu'il n'a encore été ; la peau est généralement humide (3 grains de sulfate de quinine, une verrée de décoction de quinquina) ; légère somnolence à l'heure de l'accès; éruption pustuleuse autour du nez et de la lèvre supérieure ; guérison rapide.

Cette fièvre n'était pas encore entièrement pernicieuse, mais elle tendait instamment à le devenir. A chaque accès on voit les symptômes de congestion cérébrale se renforcer. L'absence de la céphalalgie prouve que les méninges ne participaient pas, comme dans les deux observations précédentes, à l'irritation encéphalique : aussi quelle différence dans les symptômes ! Si ces maladies avaient été privées des secours de l'art, il est vraisemblable que Joannard et Trigon auraient succombé à la transformation de l'irritation congestive périodique gastro-méningite en inflammation, tandis que M. Segaud aurait péri par une congestion encéphalique avec épanchement séreux.

Vingt-deuxième observation. — Fièvre cholérique.

La femme Girard, âgée de cinquante-quatre ans, maigre, habituellement tourmentée par des maux d'estomac et des indigestions, résidant près du marais de Sainte-Croix, éprouve dans le mois de septembre 1822, un léger frisson avec diarrhée abondante, aqueuse et sans colique, mais accompagnée de cardialgie, de nausées, de vomissement de toute boisson et même de contractions violentes de l'estomac, sans expulsion d'aucune matière ; la langue est blanche, la soif nulle, le pouls petit, concentré, très-accéléré et les défaillances fréquentes. Ces symptômes reviennent d'abord avec le type tierce, puis tous les jours.

Sixième jour. (Tisane gommée, diète absolue, potion avec quinze gouttes de laudanum). Les accès qui débutaient dans la nuit, se montrent à midi avec frisson modéré, suivi d'une chaleur douce, mais sans moiteur ; le ventre est souple, sans douleur ; les symptômes précédents ont disparu ; la nuit est bonne.

Septième jour. Accès dans la soirée, avec les phénomènes indiqués plus haut, mais qui sévissent d'une manière effrayante. Le froid est glacial pen-

dant plusieurs heures, les syncopes sont prolongées et interrompues seulement par de violents efforts de vomissement, et des déjections séreuses très-débilitantes par leur fréquence et leur abondance; la soif est très-vive. Cet état se calme dans la matinée, sans moiteur; la chaleur n'a point dépassé son degré ordinaire; elle est même restée au-dessous, tant que les déjections se sont soutenues.

Huitième jour. Apyrexie complète, faiblesse extrême (8 grains de sulfate de quinine et 20 gouttes de laudanum dans 2 onces d'eau gommée, à prendre en quatre fois dans l'espace de huit heures.)

Les accidents ne reparaissent pas. On continue pendant cinq jours l'usage du même médicament à doses décroissantes. Guérison complète.

Lorsque l'irritation gastro-intestinale est extrême, le froid est glacial et la réaction nulle ou très-faible ; aussi cette fièvre ne se compose que de la période d'invasion et de celle d'une terminaison insensible ; ici l'irritation n'était nullement inflammatoire; si elle avait eu ce caractère avec ce degré de violence, elle aurait nécessairement amené une désorganisation incurable. Elle portait sur les follicules sécréteurs de la membrane muqueuse gastro-intestinale, dont elle activait extraordinairement les fonctions, et agissait en même temps sur les fibres musculaires du tube digestif, avec assez de force pour exciter des contractions convulsives. Les phénomènes de l'inflammation se présentent sous un autre aspect.

Vingt-troisième observation. — Fièvre dysentérique.

Madame Antoire, résidant à Montluel, âgée de soixante ans, d'une constitution détériorée, sujette aux fluxions humorales, habituée à se purger trois ou quatre fois par an, et s'en trouvant bien, éprouvait depuis deux mois une pesanteur permanente à l'épigastre, avec des pulsations fortes, du dégoût, des tintements d'oreille, et parfois des étourdissements ; elle se purge comme à son ordinaire, mais sans amélioration dans son état.

Dans le mois d'août 1823, madame A. ayant éprouvé une émotion très-pénible à la vue d'une malade incurable qui lui était chère, prend, contre son habitude, une tasse de lait.

Dans la nuit, elle est réveillée par un frisson général, avec tremblement, cardialgie violente, vomissement du lait pris la veille mêlé à des matières mucoso-bilieuses. Des coliques, des déjections, des glaires sanguinolentes involontaires s'y joignent ; la malade perd connaissance et reste sans secours toute la nuit ; quelques heures après le sentiment revient avec une chaleur brûlante, une céphalalgie frontale intense, jointe à des pulsations dans les oreilles, beaucoup de soif, langue rouge, effilée, ventre et région épigastrique tendus, douloureux au toucher ; battements violents dans le creux de l'estomac.

Les nausées et les déjections se prolongent dans la journée. A dix heures du matin (10 sangsues sur l'épigastre, cataplasmes sur les piqûres, eau gommée, diète absolue); vers le soir, tous les symptômes diminuent. Il reste encore un peu de fréquence dans le pouls, de la soif et de la sensibilité dans le ventre. La nuit est assez bonne, et la rémission se prolonge une grande partie de la journée suivante.

Le soir, deuxième accès de même nature (même rémission, lavement d'amidon, potion avec 15 gouttes de laudanum).

Le troisième accès, toujours à type tierce, commence cinq heures plus tôt, sans perte de connaissance, mais avec des efforts de vomissements extrêmement douloureux, des déjections mucoso-sanguinolentes énormes, et il est accompagné de coliques atroces, qui se prolongent toute la nuit. Dans la matinée, l'apyrexie est complète, il n'y a point de soif; le ventre est encore un peu douloureux et les selles glaireuses. (Sulfate de quinine, 4 grains ; laudanum, 15 gouttes dans un véhicule adoucissant, à prendre en quatre fois; deux demi-lavements d'amidon avec 20 gouttes de laudanum dans chaque.) L'accès manque. Le lendemain, même potion, et lavements d'amidon simples, pendant deux jours. Guérison rapide.

Cette observation a beaucoup d'analogie avec la précédente ; mais il y avait plus de tendance à l'établissement d'une phlegmasie gastro-colique ; celle-ci existait même déjà, puisque, outre les symptômes qui persistaient, le mouvement fébrile ne disparaissait pas entièrement : le traitement devait donc d'abord s'adresser à cette phlegmasie ; les sangsues et les délayants commencent à la calmer ; mais l'accès suivant, loin de diminuer, augmente d'intensité ; et cependant l'intermission devient plus complète : on dirait que l'irritation s'épuise par sa propre violence, ou peut-être par le moyen des évacuations qui s'effectuent sur la muqueuse intestinale; car rien n'est plus débilitant que des pertes considérables et brusques de liquides ou humeurs.

L'opium, uni au fébrifuge, arrête promptement tout cet appareil d'accidents effrayants. Cette observation serait aussi bien placée dans le chapitre des fièvres rémittentes.

Vingt-quatrième observation. — Fièvre asthmatique.

La femme Mallet, âgée de cinquante-quatre ans, d'un tempérament nerveux-sanguin, et d'un embonpoint considérable, résidait à Montluel depuis un mois : tourmentée par des peines morales, et atteinte depuis cette époque d'un catarrhe bronchique, sans fièvre, elle apprend tout-à-coup une nouvelle fâcheuse; presque aussitôt elle ressent un

frisson court, suivi d'une constriction violente du thorax, d'étouffement, d'une toux sèche convulsive avec face rouge, grand mal de tête, soif, bouche brûlante, douleur comme déchirante dans tous les membres, surtout dans les cuisses et le gras des jambes, pouls concentré, irrégulier, délire loquace, avec alternative de pleurs et de rires; l'épigastre et tout le ventre était douloureux à la pression (12 sangsues au fondement, hémorrhagie faible, tisane de fleurs de mauve et de violette). Au bout de huit heures tous ces symptômes ont presque disparu; sueur, apyrexie, un peu d'appétit.

Deuxième jour. A la même heure (deux heures après midi), retour de l'accès d'une manière plus violente. Apyrexie complète au milieu de la nuit.

Troisième jour. (Six grains de sulfate de quinine, deux gros de poudre de quinquina en deux doses, vésicatoire au bras, diète.) A deux heures légers frissons suivis promptement de chaleur et sueur, sans symptômes graves.

Quatrième jour. Quatre grains de sulfate de quinine. La fièvre ne revient pas; le catarrhe bronchique est amélioré; le vésicatoire a produit un gonflement considérable du bras. Cette tuméfaction cutanée inflammatoire, après s'être maintenue pendant douze jours au même degré et avec une grande douleur, malgré les applications émollientes, se termine par la formation de deux gros furoncles au centre de la marque du vésicatoire, en même temps, la fièvre reparaît avec le même type et les mêmes symptômes, mais d'une intensité moindre; la malade souffrant beaucoup de ses furoncles et se trouvant merveilleusement soulagée pendant les paroxysmes fébriles, ne veut point en être délivrée, et refuse le quinquina jusqu'à la guérison des furoncles.

Quelques mois après fièvre tierce avec vomissements douloureux, effrayants, qui est arrêtée au troisième accès à l'aide des lavements de quinquina.

D'après les symptômes variés et violents que nous présente cette observation, nous voyons le cerveau, les organes pulmonaires et gastriques livrés spécialement à une irritation des plus intenses et que l'on n'observe pas dans leur phlegmasie, quelle que soit d'ailleurs son intensité.

Si l'appareil de la respiration paraît être le siége principal de la lésion, il faut l'attribuer au catarrhe bronchique existant, car il est d'observation que presque toutes les fois que la fièvre intermittente se déclare chez un sujet atteint d'une phlegmasie, l'organe qui en est le siége, appelle sur lui pendant le paroxysme la plus forte irritation, et fait monter, pendant toute la durée de celui-ci, cette phlegmasie à un très-haut degré.

Un phénomène très-remarquable que nous fournit cette observation, c'est la diminution de la douleur des furoncles pendant les accès.

B. *Description générale de la Fièvre intermittente pernicieuse.*

Je n'ai point la prétention de faire une histoire complète des fièvres intermittentes pernicieuses, ce travail est au-dessus de mes forces; d'ailleurs c'est surtout à M. Alibert qu'il appartient de traiter à fond et de porter à son point de perfection un sujet qui a déjà exercé avec tant d'habileté sa plume brillante. Mon seul but est de fournir de nouveaux matériaux à la science, de fixer l'attention des observateurs sur la fièvre dite soporeuse et sur les cas où les accès pernicieux sont compliqués d'une lésion permanente des organes, quoique les intermissions soient complètes quant au mouvement fébrile.

La fièvre intermittente pernicieuse est caractérisée par l'apparition brusque et portée à un haut degré de symptômes graves, annonçant, dans le plus grand nombre de cas, une altération profonde dans les propriétés vitales et les fonctions du cerveau, soit primitivement, soit secondairement ou par sympathie; elle est aussi caractérisée par la diminution de ces symptômes, lorsqu'ils sont parvenus à leur *summum* d'intensité, par leur cessation complète, dans l'espace de douze à trente-six heures, et par leur retour périodique avec un des types de la fièvre intermittente ordinaire.

La fièvre pernicieuse peut être simple ou compliquée. Elle est simple lorsque l'apyrexie est tellement complète que l'investigation la plus attentive ne fait découvrir alors dans les organes aucune lésion, ce qui n'est pas facile à reconnaître, et ce qui est cependant de la plus grande importance par rapport au traitement et au pronostic.

La fièvre est compliquée toutes les fois que l'apyrexie n'est pas complète, ou qu'il existe, pendant la rémission ou l'intermission, des signes d'une irritation ou d'une inflammation viscérale permanente. L'existence de cette complication sera quelquefois très-difficile à découvrir, malgré sa gravité. Les observations consignées dans l'ouvrage de M. Bailly nous en fournissent la preuve. Cette difficulté dans le diagnostic paraît provenir de l'épuisement de l'influence nerveuse pendant un accès pernicieux : cet épuisement est tel que les lésions les plus fortes, ne pouvant faire naître aucune sympathie, restent isolées et sans symptômes. Cependant le praticien qui sera un peu familiarisé avec les fièvres de cette nature, qui s'enquerra avec soin de l'état de santé antérieur à l'invasion du premier accès, qui consultera par toutes les voies connues, pendant l'apyrexie, l'état des principaux organes, surtout de ceux du bas-ventre, sans faire attention au calme du pouls et au désir des aliments que montrent souvent les malades, s'en laissera rarement imposer; il parviendra presque toujours à distinguer la fièvre simple, facilement curable par le fébrifuge, de celle qui, étant compliquée

d'un ramollissement de la rate ou du foie, d'une encéphalite ou d'une gastro-entérite chronique, est toujours mortelle : je dis chronique, car celle qui est aiguë se reconnaît aisément et peut être combattue avec avantage. Dans ce dernier cas la fièvre est rémittente.

Est-il possible de reconnaître au premier accès une fièvre intermittente pernicieuse d'une fièvre continue de même caractère? M. Bailly prétend qu'un praticien habitué à observer les maladies intermittentes, dans les lieux où elles sont endémiques, ne s'y trompera point; que le *facies* l'éclairera.

Dans le fort de l'accès, dit-il, il y a rarement cette contraction des traits, cet appareil des souffrances qui ont lieu dans les fièvres continues. Non-seulement cette assertion est très-vague, mais encore elle est fausse : car les symptômes de la fièvre intermittente pernicieuse sont ordinairement poussés aussi loin qu'il est possible à l'économie animale de le supporter; et c'est précisément dans la violence excessive et la brusque invasion de ces symptômes formidables qu'on reconnaît le caractère intermittent de la fièvre et non à un *facies* que chacun peut interpréter à sa fantaisie.

L'irritation congestive annonçant son existence par la provocation des mêmes phénomènes, les symptômes d'une fièvre continue doivent être absolument les mêmes que ceux d'une fièvre intermittente; leur développement seul présente des différences. La plus caractéristique de ces différences se trouve dans la rapidité avec laquelle les symptômes intermittents arrivent à leur plus haut degré d'intensité; rapidité que la fièvre continue ne connaît que très-rarement et qui amène un état d'angoisse et d'anxiété qui appartient exclusivement aux paroxysmes intermittents.

Au reste, il n'est pas très-important de savoir au juste, dans les premières heures, si l'on a affaire à une fièvre d'accès ou à une pyrexie continue, puisque dans l'un et l'autre cas la conduite du médecin doit être absolument la même, et qu'il n'est pas obligé, à sa première visite, de se prononcer sur la nature de la maladie (1). Quant à la conséquence qu'on pourrait tirer de l'identité de nature des pyrexies, par l'identité apparente de leurs symptômes, c'est une question dont je renvoie la solution au dernier chapitre de cet ouvrage, consacré à la partie théorique de la fièvre intermittente.

Je vais maintenant passer à la description générale de quelques-unes des variétés de la fièvre pernicieuse, les plus communes dans la Bresse.

(1) Lorsque ces symptômes de fièvre pernicieuse tombent au bout de vingt ou trente-six heures, on est assuré que le type sera périodique; car jamais de pareils symptômes ne disparaissent pour toujours en si peu de temps.

1° FIÈVRE SOPOREUSE OU CAROTIQUE.

Elle débute ordinairement par un froid profond ou glacial, avec ou sans tremblement, mais toujours avec engourdissement et stupeur, immédiatement suivi de perte de sentiment et de mouvement; les membres sont quelquefois agités par de légers mouvements convulsifs; le pouls est d'abord presque imperceptible, mais bientôt il devient vibrant et plein, et conserve même ce caractère jusqu'à la mort; la déglutition est impossible; la face est cadavéreuse; l'œil à demi-ouvert, terne, immobile, la pupille très-dilatée; la respiration est le plus ordinairement *râlante*.

Cet état peut durer de six à douze heures et se terminer par la mort, même au premier accès, ce qui est pourtant fort rare. Enfin la réaction commence; mais elle s'opère d'une manière lente et imparfaite : il s'en faut de beaucoup qu'elle soit proportionnée à l'action, c'est-à-dire, à l'intensité du stade de concentration. La sueur paraît souvent avant qu'il se présente aucun autre signe de réaction, si ce n'est le développement du pouls; elle se refroidit facilement, comme chez les agonisants et chez ceux qui sont saisis d'une terreur profonde. Le malade en reprenant connaissance paraît être dans un état d'ivresse : il bégaie, ses membres sont tremblants; il entend mal et répond de même; la langue est pâle, sèche; la soif modérée. Lorsque le ventre, ou l'épigastre seulement, est douloureux, la langue est sèche, brune, contractée, et les dents encroûtées; la tête est lourde, mais peu ou pas du tout douloureuse; le malade a des vertiges quand il se place sur son séant.

En général les individus atteints de cette fièvre ont une constitution molle et un caractère apathique. Les habitants du pays d'étangs y sont plus sujets qu'à toute autre fièvre pernicieuse : je ne l'ai jamais observée chez les personnes jouissant d'un tempérament robuste, à moins qu'il n'eût été détérioré par une maladie chronique ou par une fièvre intermittente prolongée.

M. Boisseau a raison de dire que cette fièvre est peut-être la plus dangereuse, et en même temps une de celles dans lesquelles le traitement est le plus efficace; mais en a-t-il autant d'ajouter qu'il y a un afflux latent ou manifeste du sang vers l'encéphale, effet de l'irritation de la pulpe cérébrale; que cet afflux n'étant pas d'abord assez violent pour déterminer un épanchement sanguin dans le cerveau, le calme se rétablit jusqu'à ce qu'un nouvel accès achève d'épuiser la dose d'activité vitale départie à ce viscère? (Pyrétologie, p. 541.)

Si les symptômes que nous avons observés dans la fièvre soporeuse, dépendaient d'une congestion sanguine du cerveau, celle-ci serait nécessairement de la plus grande intensité, agirait sur l'organe en le comprimant et donnerait lieu à tous les phéno-

mènes de l'apoplexie. A l'ouverture du crâne on trouverait des traces évidentes de cette congestion ; et cependant dans les observations quatorzième et quinzième nous n'avons rien découvert qui pût nous faire croire à l'existence antérieure de cette congestion. Quelle conséquence peut-on tirer de la présence d'une sérosité limpide dans les ventricules? Elle se rencontre si souvent chez des individus qui, pendant leur maladie, n'ont point offert de symptômes cérébraux, que je la regarde comme absolument insignifiante. Le cerveau paraît intact, et cependant la mort arrive par cet organe, quoique des lésions se trouvent dans le tube intestinal, dans la rate ou dans le foie. Nous sommes donc forcé d'admettre, ou que la concentration nervoso-vasculaire, s'opérant à chaque accès sur les organes abdominaux, jette le cerveau dans l'asthénie la plus profonde, ou qu'il se fait une concentration purement nerveuse dans la pulpe cérébrale qui épuise sa vitalité. Cette dernière supposition me paraît la moins vraisemblable.

Lorsque l'état comateux dépend d'une congestion sanguine ou d'une phlegmasie, comme dans les observations de M. Bailly, il existe des symptômes qui annoncent cette complication.

La fièvre dont était atteint M. S., observation vingt-unième, quoique présentant pour symptôme dominant une tendance à l'assoupissement, avait une physionomie toute différente de celle de la fièvre soporeuse : le pouls était plein et dur, la figure rouge ; il y avait rêvasserie continuelle ; le tempérament était sanguin, irritable ; tout annonçait une congestion sanguine, s'aggravant à chaque accès.

« Dans l'histoire de la fièvre soporeuse, dit M. Boisseau, on n'a point indiqué l'état de la langue et de l'épigastre ; cependant il est probable qu'il existe une irritation des voies digestives, au moins dans plusieurs cas. » M. Boisseau a bien raison de trouver imparfaites les observations connues de ce genre de pyrexie, sans même excepter celles qu'a recueillies M. Bailly. Pour nous, nous nous sommes attaché à n'omettre aucun symptôme de quelque valeur, et nous avons même fixé l'attention sur l'absence de quelques phénomènes, lorsqu'on pouvait en tirer des conséquences diagnostiques. Dans l'observation quinzième on a vu que la langue était naturelle, l'épigastre souple et indolore ; ce qui fait rejeter toute idée de gastrite ; mais l'amertume extrême du goût, l'abondance des évacuations d'une bile altérée, annonçaient aussi une grande altération dans les fonctions du foie, sans que cette lésion fût pour cela une hépatite. Il est probable que le genre de lésion de cet organe consistait dans un engorgement sanguin, plutôt veineux qu'artériel, qui aurait pu se terminer par le ramollissement, comme on en trouve des exemples dans l'ouvrage de M. Bailly. Je suis fondé à croire que les évacuations énormes, provoquées par l'émétique, en dégorgeant l'organe hépatique ont prévenu cette fâcheuse terminaison.

Dans les observations seizième et dix-septième, la langue était sèche et noire dans l'accès, brune et humide dans la rémission, l'épigastre et l'abdomen constamment douloureux ; les malades, quoique sans connaissance, grimaçaient dès qu'on pressait ces régions. Ici les symptômes soporeux avaient été précédés d'une phlegmasie évidente des viscères abdominaux; le type de la fièvre était rémittent ; c'est la fièvre ataxo-adynamique rémittente de M. Pinel.

2° FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE GASTRO-CÉPHALIQUE OU MÉNINGITE.

La fièvre pernicieuse la plus commune, après celle que nous venons de décrire, est celle que les auteurs ont appelée céphalalgique, délirante, convulsive ; elle est presque toujours précédée d'une gastrite ou gastro-entérite, comme dans les observations dix-neuvième, vingtième et vingt-neuvième. La céphalalgie atroce, la rougeur ou la lividité de la face, la grande sensibilité des yeux, le resserrement des pupilles, le délire menaçant ou avec éclats de rire, les grincements de dents ou gémissements sourds, les alternatives de stupeur ou de convulsions, la dureté du pouls jointe à son caractère serré et fréquent, tous ces phénomènes, dis-je, indiquent positivement une irritation du cerveau, et principalement de l'arachnoïde, accompagnée d'une congestion sanguine. Lorsque ces symptômes sont nuls ou obscurs l'apyrexie est complète ; elle ne l'est pas tant que ceux-ci sont manifestes. On peut avancer, sans crainte d'être démenti par les praticiens, que l'examen attentif du malade pendant l'apyrexie est d'une plus grande importance, fournit des données plus certaines pour le traitement et pour la connaissance de la nature de la fièvre, que celui des symptômes mêmes de celle-ci ; car l'essentiel est de savoir jusqu'à quel point les organes s'éloignent ou se rapprochent de leur état physiologique, après un accès, afin de pouvoir juger si la fièvre est simple ou compliquée.

3° FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE DONT LE SIÉGE EST DANS LA POITRINE.

La plèvre, le poumon, le péricarde, le cœur, peuvent devenir le siége d'accès intermittents, assez violents pour être appelés pernicieux et pour simuler les maladies les plus aiguës de ces organes, telles que la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, et surtout l'asthme convulsif et l'angine de poitrine. Outre l'intermittence, qui est le caractère distinctif de ces maladies, le praticien y démêle facilement un état de spasme et une acuité nerveuse et rapi-

dement portée à l'excès que n'offrent jamais, ou très-rarement, les phlegmasies, même très-intenses de ces organes.

4° FIÈVRE PERNICIEUSE DONT LE SIÉGE EST DANS LE VENTRE.

Les variétés de cette fièvre, appelées cardialgique, cholérique, diarrhéique, dysentérique, péritonique, néphrétique, etc., ont leur siége spécial sur les organes du bas-ventre, et simulent la phlegmasie de ces organes, tandis qu'au fond elles ne consistent que dans une activité extraordinaire et subite de leurs fonctions.

5° LA FIÈVRE PERNICIEUSE TÉTANIQUE

Paraît avoir son siége dans la moelle épinière.

SECTION DEUXIÈME.

DESCRIPTION DES FIÈVRES RÉMITTENTES.

A. *Observations particulières.*

Vingt-cinquième observation. — Fièvre rémittente inflammatoire.

M. Aynard, âgé de vingt-six ans, d'une taille très-élevée, d'un tempérament bilieux sanguin, sujet aux épistaxis, chef de la manufacture de draps qu'avoisine la gorge marécageuse de Sainte-Croix, se livrant fréquemment et sans précaution à l'exercice de la chasse dans les marais, éprouva, dans le mois de septembre 1822, des frissons irréguliers, avec lassitude et perte d'appétit.

Malgré cet état, il se traîne encore à la chasse pendant une matinée très-chaude; mais il est bientôt forcé de revenir, ayant senti de nouveaux frissons, suivis d'une chaleur et d'une céphalalgie frontale intenses. Rentré chez lui, injection des yeux, amertume du goût, langue blanche au centre, rouge à la pointe, soif, nausées, tendance au délire, pouls dur et très-accéléré, urines rouges : ces symptômes se maintiennent près de vingt-quatre heures au même degré; ils se calment peu à peu sans moiteur; mais l'apyrexie n'est pas complète. (Limonade, diète absolue.)

Deuxième jour. La rémission est de peu de durée; à midi, un frisson fugace annonce le retour du paroxysme, avec les mêmes phénomènes; deux selles spontanées bilieuses; point de sommeil.

Troisième jour. A huit heures du matin, l'accès n'a point encore décliné; l'épigastre est un peu douloureux à la pression; les hypochondres sont tendus, la soif est modérée, la céphalalgie est obtuse. On applique quinze sangsues sur le creux de l'estomac, et après leur chute, un cataplasme émollient.

L'écoulement du sang est médiocre : il survient un vomissement d'une gorgée de bile jaune, pure, puis une selle de même nature, suivie d'une défaillance; celle-ci arrive par la suite, toutes les fois que le malade se lève, et il en est quitte pour des vertiges, ou un simple étourdissement, quand il se hâte de se recoucher; la fièvre tombe à dix heures du soir, à l'apparition d'une légère moiteur. L'apyrexie est complète, l'épigastre est libre, la bouche n'est plus mauvaise, le malade s'endort, et le lendemain matin se croit guéri. (Même traitement.)

Quatrième jour. A midi, retour de l'accès avec les mêmes symptômes. Au bout de quinze heures, une douce moiteur annonce le déclin de la fièvre; le malade s'assoupit pendant deux heures : un lavement émollient fait rendre beaucoup de matières bilieuses; le ventre n'est ni dur ni douloureux, mais la région spléno-épigastrique fait éprouver un sentiment de pesanteur; les urines sont d'un jaune rouge, troubles et sans dépôt.

Cinquième jour. Quoique la chaleur et la soif soient presque naturelles, le pouls bat encore quatre-vingts fois par minute; la langue est humide, blanche et rosée sur les bords (5 grains de sulfate de quinine en deux prises). Ce médicament développe un peu de chaleur dans l'estomac. A huit heures du soir le malade commence à se plaindre d'une chaleur qui croît insensiblement, en s'élançant vers la tête par bouffées, et qui, arrivée à son plus haut point, produit dans le cerveau la sensation d'un bouillonnement ardent, avec des pulsations extrêmement pénibles des artères de la tête; rêvasseries fatigantes, face rouge, grande sensibilité des yeux, à la lumière; en même temps le pouls donne cent vingt pulsations à la minute, avec le rhythme redondant ou *bis feriens;* la langue est sèche, brune au centre; la soif est très-vive, mais non inextinguible (limonade, eau gommée); quelques gouttes de sang s'échappent de la narine droite.

Sixième jour. A onze heures du matin, les symptômes se soutenant au même degré, le sang commence à couler abondamment de la narine droite; la garde effrayée s'efforce, bien mal à propos, d'arrêter l'hémorrhagie, à l'aide d'applications froides, et en vient à bout malheureusement, après une perte de dix à douze onces de sang, qui diminue à peine la chaleur et la redondance du pouls. Dans la soirée, le paroxysme décline un peu; le pouls conserve son rhythme, mais ses battements sont réduits à quatre-vingt-six; le malade, au lieu d'un sommeil réparateur, tombe dans un assoupissement accompagné d'agitation et de propos incohérents. Sur le matin, une faible moiteur humecte la peau, la langue est humide, la soif nulle; la tête

et l'épigastre sont pesants ; l'épistaxis voudrait reparaître (lavement émollient, cataplasme, eau de poulet, émulsion nitrée). Le traitement est dirigé, depuis ce moment, par M. Viricel, un des médecins les plus distingués de Lyon.

Septième jour. A sept heures du soir, le paroxysme débute par un léger refroidissement des pieds, suivi d'une chaleur qui devient rapidement intense, et de tous les phénomènes précédents.

Huitième jour. Rémission d'une heure dans la matinée ; puis redoublement sans froid, qui se prolonge jusqu'à sept heures du soir, avec un peu de toux et d'oppression ; une tension médiocrement douloureuse des hypochondres et de l'épigastre, et un état nauséeux (mêmes prescriptions). A sept heures du soir, il survient une moiteur plus forte, et qui se prolonge pendant la nuit ; sommeil tranquille.

Neuvième jour. A sept heures du matin, l'apyrexie est complète ; la chaleur est naturelle ; le pouls est réduit à soixante-dix-huit battements, mais il est encore dur. (Deux gros de poudre de quinquina dans un demi-lavement.)

Le soir, à six heures, léger frisson suivi d'une chaleur modérée : le pouls s'élève à cent deux pulsations, avec le caractère redondant ; hémorrhagie nasale d'une verrée, à dix heures ; il y a peu de soif et d'agitation ; la narine droite redonne encore un peu de sang dans la nuit ; les urines sont moins rouges, et ne déposent point encore, le sang, qu'on a conservé, est recouvert d'une couenne blanche.

Dixième jour. Dans la matinée, le pouls est réduit à quatre-vingt-dix pulsations ; le malade se trouve bien d'ailleurs, mais sans appétit. (Même lavement, quinquina.) Dans la nuit, léger accès qui se prolonge dans la journée du 11 ; intermission dans la nuit.

Douzième jour. (Lavement id.) Le pouls est réduit à quatre-vingts pulsations ; la langue se nettoie, les urines déposent un sédiment briqueté ; le sommeil est bon ; plusieurs selles spontanées bilieuses.

On continue l'usage des lavements de quinquina jusqu'au seizième jour : à cette époque, il n'y a plus de fièvre ; l'appétit commence à se faire sentir, le malade mange des potages : la faiblesse générale est grande ; si le malade veut faire deux pas, il est pris d'étourdissement, il éprouve une pesanteur à l'épigastre, surtout après l'ingestion de la nourriture, et des chaleurs à la tête. Bientôt l'appétit devient très-vif, sans que les digestions soient plus faciles et les forces développées ; il y a des sueurs toutes les nuits.

Cet état de demi-convalescence dure quatorze à quinze jours, au bout desquels la fièvre reparaît sous le type tierce franchement intermittent ; mais les accès sont bien violents. Le sulfate de quinine et la décoction de quinquina ne peuvent être tolérés par l'estomac ; on revient aux lavements de poudre de quinquina à la dose de deux gros par demi-lavement. Le cinquième accès manque : l'appétit redevient très-vif, mais les digestions restent long-temps difficiles. Un voyage dans le midi de la France n'empêche point au malade d'éprouver encore quelques accès et des douleurs d'estomac, malgré le froid sec de la saison.

Dans le courant du mois de mai suivant, quelques jours après son arrivée à Paris, M. Aynard est de nouveau atteint d'une fièvre rémittente double tierce, comme la première fois, et qui prend le type intermittent après une application de sangsues. Cette fois, le quinquina peut être supporté par l'estomac, et supprime irrévocablement la fièvre. Si l'on analyse cette observation, et si l'on prend en considération le tempérament bilieux sanguin du sujet, le genre de fatigue auquel il s'expose, sa résidence auprès d'un marais, et la chaleur humide de la saison, on découvrira une irritation gastrique préliminaire qui provoque, ou du moins qui précède l'explosion d'un mouvement fébrile violent. Dans ce premier accès, la phlogose gastrique se communique au foie et à la rate, et y amène une turgescence sanguine ; la bile coule plus abondamment, et reflue même dans l'estomac ; le système circulatoire très-développé naturellement, en reçoit une excitation qui devient continue, parce que l'état d'irritation primitif des organes gastriques se maintient aussi d'une manière continue ; mais il y a rémission périodique des symptômes, par la raison qu'il existe une véritable fièvre intermittente masquée en partie par un mouvement fébrile continu symptomatique ; et cela est si vrai, que les sangsues ayant détruit la phlogose gastrique, le mouvement fébrile continu disparaît aussitôt, et l'intermission devient complète. La fièvre intermittente se montre seule alors ; mais les organes gastriques se trouvant encore trop irritables, et le sulfate de quinine ayant été déposé sur eux trop prématurément, les paroxysmes rémittents se montrent de nouveau avec un redoublement de violence ; et l'on peut croire qu'ils eussent dégénéré en continus, par le fait d'une véritable et forte inflammation gastro-céphalique, si la nature n'avait provoqué une hémorrhagie nasale. Celle-ci, en diminuant l'excitation inflammatoire, rend aussi les rémissions plus longues et plus prononcées, et les remplace bientôt par de véritables intermissions, et met au jour la fièvre intermittente dans toute sa simplicité.

Il est donc évident que la phlegmasie gastrique continue a été ici le point de départ d'une fièvre continue, et qu'il existait en même temps une fièvre intermittente qui a survécu à cette phlegmasie : l'extrême sensibilité de l'estomac, qui a persisté si long-temps, était nerveuse et non inflammatoire ; et c'est elle qui a disposé aux rechutes au retour du printemps. Cette irritation a pris un caractère plus aigu, c'est-à-dire phlegmasique ; alors la fièvre intermittente s'est compliquée d'une fièvre continue symptomatique, d'où il est résulté, comme la pre-

mière fois, le type rémittent. Si j'avais été bien convaincu de cette vérité, j'aurais avant tout cherché à anéantir promptement la gastro-hépatite par une saignée suivie de l'application de trente à quarante sangsues sur la région supérieure de l'abdomen : la fièvre devenant sur-le-champ intermittente, aurait été supprimée par les lavements de quinquina ; la convalescence aurait été rapide et sans rechutes, parce que l'irritation gastrique n'aurait pas eu le temps de prendre racine.

Vingt-sixième observation. — Fièvre rémittente gastrique aiguë.

Mollard, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, établi depuis peu dans le pays d'étangs, comme pionnier, est atteint, dans le mois d'août 1822, en défrichant des bois, d'une fièvre continue, avec des rémissions en tierce caractérisée ainsi : légers frissons avec nausées, douleur épigastrique, puis chaleur ardente, céphalalgie frontale ; langue rouge, alongée, un peu sèche ; soif vive, grande amertume du goût, constipation, pouls très-accéléré, rémission tous les deux jours, sans moiteur.

A son entrée à l'hôpital (sixième jour), je prescris, suivant la routine, un grain d'émétique qui provoque quelques vomissements bilieux ; le malade n'en paraît pas fatigué immédiatement ; mais le lendemain, le paroxysme est plus intense. (Limonade, diète.)

Huitième jour. Pendant la rémission, un laxatif produit deux selles accompagnées de beaucoup de coliques : quelques heures après, invasion du paroxysme, sans frissons ni refroidissement, mais par une chaleur sèche et ardente, une soif inextinguible, avec langue très-rouge et aride, ventre douloureux et brûlant, céphalalgie frontale intense, stupeur et prostration. (Limonade.)

Neuvième jour. Les symptômes s'aggravent. (Dix-huit sangsues sur l'épigastre, hémorrhagie considérable sans soulagement.)

Dixième jour. Huit autres sangsues, qui donnent un écoulement pendant dix heures : après, et pendant l'hémorrhagie, la fièvre tombe complètement avec les symptômes de la gastro-entérite. La figure devient pâle et la faiblesse très-grande.

Onzième jour. Il survient, le soir, sans fièvre ni frissons, une céphalalgie frontale violente, qui décline dans la nuit, est peu sensible le lendemain matin, et reparaît tous les soirs ; il y a d'ailleurs un grand affaissement, une chaleur plus élevée dans la nuit : l'appétit est nul. (Bouillons gras).

Quatorzième et quinzième jours. Six grains de sulfate de quinine par jour : la céphalalgie disparaît ; un peu d'appétit.

Cependant, les forces ne reviennent pas ; malaise vague, sueurs nocturnes. (Potages, point de médicament.)

Au bout de huit jours, retour de la douleur de tête, avec frissons légers, chaleur modérée, peu de soif, et sueurs. Cette fièvre simple revient tous les jours, et présente des intermissions complètes : les jambes deviennent œdémateuses. Quelques doses de sulfate de quinine arrêtent ces accès au cinquième.

Les réflexions qui suivent la première observation sont parfaitement applicables à celle-ci. La phlegmasie gastro-hépatique était encore plus prononcée : c'était la fièvre rémittente bilieuse, ou méningo-gastrique des nosologistes dans toute sa pureté. Un traitement stimulant, en aggravant la phlegmasie, dénature de suite le type de la fièvre; il fait tellement dominer le mouvement continu de réaction, que l'intermittent est absorbé ; mais telle est la nature de celui-ci, et son indépendance de la phlegmasie, qu'il reparaît au moment où celle-ci est détruite. Ceci nous prouve que la nature première de la maladie était la périodicité; car jamais une fièvre primitivement continue n'est remplacée aussi subitement par une fièvre à type intermittent. Je sais que, dans les pays marécageux, cette transformation du type continu à l'intermittent est fréquente dans une inflammation quelconque ; mais ce passage ne se fait alors jamais brusquement, comme dans les observations que je cite.

Vingt-septième observation. — Fièvre rémittente gastro-carditique.

Mlle Jos. D., âgée de vingt-quatre ans, bien réglée, d'un tempérament sanguin-nerveux, sujette à des palpitations, résidant à Montluel, est atteinte, dans le mois de septembre 1823, d'une fièvre modérée, caractérisée par un frisson léger, le matin, suivi d'une chaleur médiocre, avec langue blanche au centre, rouge à la pointe, soif peu vive, bouche amère, sentiment de strangulation et de reptation le long de l'œsophage ; nausées fréquentes, épigastre douloureux à la pression, faisant éprouver de fortes et profondes pulsations à la main. Ces symptômes déclinent un peu dans la soirée; mais un autre frisson se fait sentir, avec le renouvellement des mêmes symptômes jusqu'au milieu de la nuit, où il y a rémission, sans moiteur. (Diète, délayant.)

Sixième jour. La maladie s'aggrave : il survient, au moment du frisson, des battements de cœur violents, accompagnés de grande douleur précordiale, d'un sentiment de compression dans cette partie, de terreur et de crainte d'être suffoquée (douze sangsues sur l'épigastre). Le sang coule peu.

Septième jour. Matin et soir, un accès avec les mêmes symptômes ; celui du soir est plus violent, et se prolonge une partie de la nuit. Moiteur dans la matinée.

Huitième jour. Pendant le deuxième stade de l'accès du matin, je fais poser douze sangsues sur la région du cœur, puis des cataplasmes avec la mauve et la jusquiame : lavement, sur le déclin, avec la décoction de lin et de valériane. L'accès du soir est beaucoup plus faible.

Neuvième jour. Dans la matinée, frissonnements d'une demi-heure, avec quelques nausées et quelques palpitations, sans douleur ; la malade ne se plaint ni de la soif ni du mal de tête ; la langue est blanche, la chaleur très-modérée, l'apyrexie est presque complète. Les parents, trouvant Mlle Jos. D. presque convalescente, se hâtent de lui faire manger une tartine de gelée de groseilles. Une heure après, refroidissement général et glacial, terreur profonde, palpitations tumultueuses, avec constriction douloureuse du cœur, syncope d'une demi-heure (synapismes, fomentations opiacées, potion éthérée). Cet état persiste une partie de la nuit, et se renouvelle, quoiqu'à un moindre degré, à huit heures du matin.

Dixième jour. Rémission à midi (demi-lavement avec un gros et demi de poudre de quinquina et un gros de poudre de valériane); paroxysme du soir très-léger ; la soif est nulle ; la langue est humide, blanchâtre, large ; le sentiment de strangulation subsiste, de même que les battements du centre épigastrique.

Onzième jour. *Idem.* (Même prescription.)

Douzième jour. La malade est beaucoup mieux ; mais elle a du dégoût pour les aliments ; cependant on lui donne à mon insu trois pruneaux cuits dans du vin. Demi-heure après tous les accidents graves du neuvième jour reparaissent, et persistent depuis six heures du soir jusqu'à minuit.

Treizième jour. Rémission (même lavement) ; point de paroxysme.

Quatorzième jour. Après avoir mangé quelques cuillerées de fécule de pomme de terre, Mlle Jos. D. éprouve encore un accès grave à quatre heures du soir. Comme cette heure était à peu près celle du paroxysme, il est possible que cette légère alimentation ne fût pas la cause du retour des accès ; cependant, ce qui pourrait faire croire le contraire, c'est que dès-lors la bouche devient amère, la langue jaune, épaisse et humide ; la malade a de plus des nausées continuelles, un dégoût pour tout, excepté pour les acides forts ; l'épigastre est à peine sensible à la pression. Le soir, quatre grains d'ipécacuanha font rendre un peu de bile porracée ; les nausées augmentent encore, quoiqu'il n'y ait ni soif ni mouvement fébrile.

Quinzième jour. Un grain d'émétique dans quatre verrées d'eau de Sedlitz prises toutes les demi-heures : vomissements et déjections d'un vert foncé ; bien-être pendant quelques heures. Le soir, frisson, retour des nausées, soif, chaleur générale, forte douleur à l'épigastre, plusieurs selles verdâtres.

Seizième jour. Douze sangsues sur l'épigastre ; irritation gastrique beaucoup moindre ; sommeil.

Dix-septième jour. La malade n'éprouve plus de palpitations de cœur, mais de fortes pulsations dans le centre épigastrique ; la langue est épaisse, d'un jaune d'ocre ; il n'y a ni soif ni fièvre.

Dix-huitième jour. Huit sangsues sur la même région. Le soir, frissons avec défaillance pendant deux heures ; puis chaleur, moiteur, léger sommeil le matin. Les nausées continuent à fatiguer la malade à chaque verrée de limonade, eau sucrée, gazeuse ; mêmes pulsations épigastriques, et amertume de la bouche. J'étais bien convaincu que ces accidents étaient entretenus par la présence des matières bilieuses altérées ; mais persuadé également que les voies digestives étaient dans un état d'irritation, j'hésitais entre le traitement purement délayant et celui auquel on joindrait de légers évacuants. Des lavements émollients font rendre, chaque fois, quelques excréments très-durs ; il en est de même d'un demi-lavement avec l'infusion d'une once de séné. Le lendemain la malade prend un mélange d'huile de ricin et de manne, à la dose d'une once et demie de chaque ; il en résulte six déjections brunes mêlées de matières dures, et sans coliques. Le soir l'accès ne paraît pas ; les nausées ont disparu.

Vingtième jour. Le pouls est encore un peu fébrile ; les pulsations épigastriques, quoique beaucoup moins fortes, se font encore sentir. Le soir, léger frisson avec nausées. Le lendemain, même laxatif, déjections copieuses verdâtres.

Vingt-troisième jour. Convalescence. Les organes gastriques conservent long-temps une grande irritation.

On ne peut méconnaître, dans ce fait, une gastro-duodénite sub-aiguë, produisant une fièvre continue modérée, plus des retours périodiques d'irritation des mêmes parties, se réfléchissant sur le cœur, naturellement très-irritable, d'où résultait une fièvre rémittente, qu'on pourrait nommer *carditique*. Il y a ici trois ordres de phénomènes : les premiers appartiennent à la phlegmasie ; les seconds à l'irritation nerveuse, et ceux-là sont intermittents ; les troisièmes résultent de la présence de matières bilieuses, d'un embarras gastrique.

Vingt-huitième observation.—Fièvre rémittente gastrique aiguë avec irritation cérébrale.

Madame A...., âgée quarante-cinq ans, bien réglée, d'une constitution éminemment nerveuse et un peu sanguine, sujette depuis très-long-temps à une hémicranie mensuelle et à des crises hystériques, résidant à Montluel, éprouve un profond chagrin pendant l'écoulement périodique (8 septembre 1824) : à l'instant même il y a suppression, accompagnée d'une céphalalgie violente, d'une

grande difficulté de respirer, de mouvements convulsifs des membres, d'un pouls accéléré.

Le lendemain, les principaux accidents persistent, mais non d'une manière continue, excepté le mal de tête (quinze sangsues à la vulve, diète, eau sucrée avec l'eau distillée de fleurs d'oranger, bain entier); le soir, même état.

Troisième jour. (Saignée du bras, de dix onces.) A peine l'ouverture de la veine est fermée que la malade est prise de mouvements convulsifs, avec défaillance. Cependant il s'ensuit une amélioration dans l'état général. (Mêmes boissons, bain.)

Quatrième jour. Douleur atroce dans l'estomac, bouche très-amère, renvois fréquents et très-douloureux, avec efforts violents et impuissants pour vomir; la langue est naturelle; il n'y a point de soif; les urines sont claires et presque aqueuses. A cet état succèdent, au bout de quelques heures, des nausées et défaillances sans cesse renaissantes, une figure pâle, un pouls peu fréquent et presque imperceptible; la douleur épigastrique est devenue supportable. (Potion antiémétique, sinapismes.)

Cinquième jour. Dans la matinée, il ne reste plus qu'un brisement général, et beaucoup de sensibilité dans toute la région épigastrique, avec un peu de tension. Après midi, il paraît un frisson de demi-heure, suivi de douleurs atroces dans les deux tempes : c'est un sentiment de pression tel, que la malade le compare à celui qui résulterait de la compression de ces régions par un étau. La langue est pâle, la circulation peu accélérée; la bouche est toujours très-amère. (Un grain et demi d'opium gommeux en deux prises.) La céphalalgie se calme dans la nuit, mais elle est remplacée par des défaillances continuelles, par des renvois bruyants et douloureux, et par le gonflement de l'épigastre; accidents qui se prolongent une partie du sixième jour.

Septième jour. A la même heure, retour des frissons et des mêmes symptômes. (Opium *id.*, lavement émollient, bain tiède, sinapismes, boissons délayantes, diète absolue.)

Huitième jour. Aussitôt que la céphalalgie se calme, les défaillances recommencent et alternent avec des accès hystériformes. Urines claires; point de sueur; rémission depuis la fin de la nuit jusqu'à quatre heures de l'après-midi du neuvième jour, heure à laquelle un nouvel accès se montre, avec une céphalalgie temporale si atroce, que la malade en est désespérée. Les défaillances et les autres symptômes précédents remplacent encore ce mal de tête.

La fièvre rémittente tierce étant bien prononcée, les accès s'aggravant à chaque retour et devenant pernicieux, c'est-à-dire dangereux; pensant d'ailleurs avoir porté assez loin le traitement antiphlogistique et calmant, je me décide à en venir à l'usage du sulfate de quinine. L'accès prochain était attendu le 11 à six heures du soir; la rémission était complète quant à l'accélération du pouls, la soif et la chaleur; mais l'estomac était sensible, même à la pression, et il y avait encore des renvois douloureux d'un gaz inodore; le reste du tube intestinal était intact. L'irritation gastrique me paraissant principalement nerveuse, et non contraire à l'efficacité du fébrifuge mitigé, je fais prendre en trois doses, de deux en deux heures, six grains de sulfate de quinine unis à un grain d'opium, dans quelques cuillerées d'eau gommée. Aussitôt après l'ingestion de la dernière dose, la malade ressent dans l'estomac une douleur des plus affreuses, qu'avivent encore des renvois continuels et bruyants, et des efforts convulsifs effrayants pour vomir : toute la région de l'épigastre et des hypochondres est ballonnée, et supporte à peine un drap; la langue est nette, il n'y a pas de soif. (Bain tiède, cataplasmes émollients narcotiques, eau gazeuse acidule coupée avec de l'eau de gomme.) Les accidents se maintiennent au même degré le lendemain 12, ce qui me détermine, en attendant l'avis d'un consultant de Lyon, à faire appliquer sur l'épigastre trente sangsues, puis des cataplasmes de riz. Quoique l'hémorrhagie soit médiocre, au bout de trois heures la cardialgie se calme; il ne reste plus qu'une grande sensibilité dans les organes qui étaient le siége de la douleur. Le consultant, le docteur Dupuis jeune, arrive dans ce moment, et conseille l'application de deux vésicatoires au bras, pour disséminer au dehors cet excès d'irritabilité qui menace de se fixer, soit sur le cerveau, soit sur les organes gastriques, et la continuation des délayants, même avec celle du sulfate de quinine, si les accès bien marqués reparaissaient.

Treizième jour. Évacuations spontanées bilieuses, pour la première fois, avec chaleur brûlante dans les lombes. Ces évacuations se prolongent pendant quatre jours sans retour fébrile. Apparence de convalescence, mais l'appétit ne revient pas, les forces restent stationnaires, la région de l'estomac est extrêmement sensible et douloureuse lorsqu'on presse dessus. Les premiers chagrins se renouvellent, et avec eux, au bout de dix à douze jours, la fièvre avec les mêmes symptômes, et de plus une chaleur intense et permanente dans la région profonde des lombes.

Au troisième accès, la malade prend un demi-lavement avec un gros et demi de poudre de quinquina, un gros de valériane, et quatre grains de musc. Le quatrième accès est un peu moins prononcé. Avant le cinquième, j'ajoute trois grains de sulfate de quinine par la bouche. Le jour même, la malade éprouve une émotion extrêmement pénible. Le cinquième paroxysme débute par un frisson avec un tremblement de deux heures, auquel succèdent un délire loquace, avec éclats de rire,

parole brève, céphalalgie générale et soif. Six heures après, au milieu de la nuit, cardialgie atroce, efforts de vomissement, alternant avec des défaillances effrayantes ; crachats abondants, visqueux, fétides, provenant de l'arrière-bouche ; renvois bruyants. (Vingt sangsues sur l'épigastre, cataplasme émollient.) La cardialgie cesse, expulsion d'une grande quantité de bile pure, dont l'âcreté échauffe les gros intestins et l'anus. Sueur, légère rémission.

Le sixième accès est beaucoup moins fort ; la rémission est plus prononcée, les urines sédimenteuses. (Quinquina ʒ j ß, poudre de valériane ʒ j en lavement dans une forte décoction de têtes de pavot.)

Le septième accès manque ; un peu d'appétit ; les forces ne reviennent pas, malaise, gonflement et sensibilité de l'estomac ; frissons vagues, moral très-affecté.

Au bout de huit jours, la fièvre tierce reparaît. Les accès sont plus franchement intermittents, et se terminent par la sueur ; leur durée est de trente-six heures, avec deux paroxysmes dans ce laps de temps, et ils sont exempts de symptômes graves. Cependant au quatrième accès la cardialgie se manifeste, mais avec modération. (Lavement de quinquina et de valériane ; deux cuillerées de sirop de quinquina, potages.) Le cinquième accès manque : il est remplacé par une attaque d'hystérie. (Prescription, *idem.*)

A l'heure du sixième accès, malaise vague ; gonflement épigastrique avec expulsion de gaz pendant dix heures ; puis convalescence assurée, purgation avec l'eau de Sedlitz ; sirop de quinquina. Des bains tièdes finissent par détruire l'irritation de l'estomac et celle de tout l'organisme.

Chez Mme A...., l'exaltation habituelle du système nerveux, renforcée encore par des peines morales profondes, a déterminé sur le cerveau et sur l'estomac des concentrations d'irritation de la plus grande violence. On voit ces concentrations se balancer entre ces deux organes, et ne jamais les envahir tous deux en même temps. Elles étaient principalement nerveuses dans le principe ; mais, après la stimulation provoquée par le sulfate de quinine sur la surface muqueuse gastrique, l'irritation inflammatoire se prononce, et s'accompagne de sécrétion biliaire. De rémittente la fièvre est alors devenue continue, parce que les mouvements nerveux ont été enchaînés par la fixité et la prédominance de la congestion inflammatoire de l'estomac. A mesure que la sensibilité du centre épigastrique s'est dissipée, la fièvre a pris davantage le type d'une intermittente complète.

Dans le mois de septembre 1824, dans une ferme entourée de fossés marécageux d'une grande étendue, et mis à sec par les chaleurs, les moissonneurs et les batteurs furent presque tous atteints d'une fièvre rémittente grave. J'en ai déjà cité un exemple (obs. 16e) ; les deux suivants ne sont pas moins intéressants.

Vingt-neuvième observation. — Fièvre rémittente gastro-céphalique.

Bracourt, fils du fermier, âgé de vingt ans, d'un tempérament sanguin et délicat, éprouve presque tout-à-coup un malaise, après avoir battu le bled ; il couche la nuit en plein air sur la paille. Le lendemain, à dix heures, frisson violent avec effort pour vomir ; puis chaleur intense, céphalalgie frontale, délire furieux, grande soif. Cet état persiste jusqu'au lendemain matin. Le malade reprend la raison ; mais il se plaint d'un poids énorme sur l'estomac avec douleur, soif, chaleur, mal de tête, et un grande faiblesse ; nuit très-agitée.

Troisième jour. A dix heures du matin, froid aux pieds, suivi d'une chaleur progressive et de vomissements verdâtres. C'est en ce moment que je vois le malade pour la première fois. Il avait les yeux fermés, mais on voyait le globe de l'œil s'agiter sous la paupière ; les sourcils étaient froncés, la figure rouge ; il poussait des gémissements sourds, rejetait ses couvertures avec violence, ne répondait point aux questions, mais grimaçait aussitôt que j'appuyais ma main sur l'épigastre, région qui était gonflée et tendue, de même que les hypochondres. L'existence d'une irritation forte de la membrane muqueuse gastrique et du foie, avec injection sanguine, n'était pas douteuse : l'état du cerveau n'en était qu'une réflexion. En conséquence, quinze sangsues sont appliquées sur l'estomac, puis des cataplasmes émollients ; on donne du petit-lait pour boisson. L'accès diminue dans la nuit ; il paraît un peu de moiteur. La rémission est plus prononcée, c'est-à-dire que les symptômes de la phlegmasie gastrique sont diminués.

Cinquième jour. L'accès tierce retarde ; mais il s'accompagne des mêmes symptômes. (Dix sangsues sur l'épigastre.) Le sang coule abondamment : le paroxysme est moins long, et se termine par la sueur ; l'apyrexie est complète ; la tête et l'épigastre n'accusent plus de douleur. (Limonade, diète.)

Septième jour. Accès léger simple.

Huitième jour. Dix grains de sulfate de quinine. Appétit, plus de fièvre, retour prompt à la santé.

Trentième observation.—Fièvre rémittente avec gastro-duodénite, et engorgement sanguin du foie.

Un enfant de douze ans, fortement constitué, berger dans la même ferme, était, en août 1824, malade depuis douze jours, d'une fièvre rémittente bilieuse avec diarrhée, et privé de tout secours. A son entrée à l'hôpital, il présentait les symptômes suivants : tous les soirs il survenait un frisson lé-

ger, bientôt remplacé par une chaleur générale, sèche et âcre, et par une céphalalgie frontale stupéfiante. La face était rouge, avec teinte jaunâtre; cette couleur était surtout marquée sur la sclérotique, et se laissait entrevoir sur toute la peau. La langue était sèche, comme racornie, la soif inextinguible, le ventre plat, douloureux, surtout à la région supérieure; le malade se perdait dans des paroles sans suite; les selles étaient fréquentes, très-liquides et d'un jaune brun. Un rémission assez faible et sans moiteur commençait dès le matin.

Le lendemain je fais appliquer huit sangsues sur l'épigastre : le sang coule abondamment pendant douze heures; la face devient très-pâle et altérée; il survient des défaillances et une accélération extraordinaire du pouls, avec un caractère misérable. Il y a moins de soif, mais les autres symptômes se soutiennent à peu près au même degré. Le froid du paroxysme suivant est plus prononcé et plus long. Dans le stade de chaleur, délire tranquille, moiteur au déclin. La diarrhée est toujours fréquente dans la rémission, pouls moins accéléré. (Limonade gommée.) Soif moindre, face d'un jaune pâle. (Six grains de sulfate de quinine, et dix gouttes de laudanum dans deux onces d'eau gommée.) Le soir, à la même heure, frisson avec tremblement de deux heures, puis chaleur modérée, délire, cris et plaintes, pouls petit et très-fréquent; ventre ballonné; assoupissement profond, vers le matin : l'enfant est en supination, les bras étendus, les yeux ouverts, immobiles, ternes, la pupille dilatée, et respirant péniblement. Bientôt l'agonie se prononce, et la mort survient dans la nuit.

Nécroscopie.

Cerveau moins consistant qu'il ne l'est ordinairement, mais sans aucune trace de lésion; tous les vaisseaux sont vides de sang.

Estomac rouge et à rides très-prononcées sur toute sa surface muqueuse, contenant de la bile verte; surface muqueuse du duodénum, d'un rouge pointillé; mésentère farci de glandes dures et blanches; intestins pâles, contenant beaucoup de bile et des vers lombrics; foie très-volumineux, gorgé de sang, moins consistant que dans l'état normal; vésicule distendue par une bile brune et épaisse.

Dans cet exemple de gastro-duodénite et d'engorgement sanguin du foie, avec sécrétion abondante de la bile et résorption de la matière jaune, l'évacuation sanguine fut employée trop tard, et n'eut, en conséquence, pour résultat, qu'une forte déplétion du système sanguin, excepté dans la partie phlogosée; ce qui produisit la perte des forces, sans diminuer la gastro-entérite, et augmenta l'influence du système nerveux, c'est-à-dire la force des concentrations intermittentes.

Le sulfate de quinine, déposé sur une surface profondément enflammée, ne pouvait s'opposer à rien, et devait au contraire tout aggraver. Aussi la concentration suivante est des plus violentes, la vitalité se réfugie dans les voies gastriques, et l'enfant succombe promptement.

Trente et unième observation. — Fièvre rémittente compliqué d'inflammation du cerveau.

Dans le mois d'août 1821, je fus appelé auprès du sieur M...., employé à la manufacture de draps, et y résidant depuis un an. Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sec et irritable, était atteint depuis douze jours, d'une fièvre rémittente tierce, dont les symptômes étaient les suivants : léger frisson dans le milieu du jour, avec brisement des membres; puis chaleur générale, douleur épigastrique, céphalalgie temporale droite, devenue peu à peu atroce, soif, langue rouge, lancéolée, humide, sans mauvais goût, rougeur de la face, pouls dur et fréquent. Les accès étaient très-longs, sans moiteur au déclin, et il n'y avait que rémission, pendant laquelle, quoique la douleur temporale fût constante, elle était cependant supportable. Le neuvième jour, le médecin ordinaire, dans l'intention de combattre cette céphalalgie, le plus désolant de tous les phénomènes, fait appliquer un vésicatoire à la nuque. Aussitôt que l'action des cantharides commence à se faire sentir, la douleur temporale augmente, la face devient plus rouge, le malade tombe dans l'assoupissement, avec mouvement machinal et tremblottant de la main droite, qui se porte à la tempe du même côté. La fièvre passe au type continu. Le médecin avait d'abord pensé que ces symptômes annonçaient un accès pernicieux, et il attendait, en conséquence, son déclin pour administrer le fébrifuge. Aucune rémission ne survenant, je fus mandé. Convaincu maintenant qu'il existait, depuis quelque temps, une phlegmasie cérébrale, jointe à des retours périodiques d'irritation, et que le vésicatoire, en l'aggravant rapidement, l'avait portée au point de provoquer une fièvre qui n'était plus susceptible de rémission, nous pensâmes qu'il était urgent de combattre directement la phlogose du cerveau. Douze sangsues furent appliquées sur la tempe même et des sinapismes aux pieds. Lorsque le sang eut coulé pendant quelques heures le malade reprit connaissance, et se plaignit moins de la tête. Pouls moins fréquent, toujours dur, un peu de moiteur.

Treizième jour. Frisson avec retour de la céphalalgie, mais sans perte de connaissance. (Huit sangsues à la nuque.)

Quatorzième jour. Apyrexie presque complète. Des accès tierces légers, simples, complètement intermittents, s'établissent et sont promptement enlevés par le sulfate de quinine.

Depuis cette maladie, M.... s'est plaint d'une

douleur orbito-frontale habituelle, qui peut-être a été entretenue par la chaleur des fourneaux, à laquelle sa profession l'expose journellement.

Dans l'automne de 1823, il a été atteint d'une fièvre quotidienne qui a récidivé plusieurs fois sous tous les types, et à toutes les heures. La céphalalgie a toujours été le symptôme prédominant, et la douleur épigastrique en second ordre.

On peut facilement se convaincre, par cette observation, que dans la fièvre rémittente il existe une irritation fixe de nature phlegmasique, plus une fièvre intermittente.

Trente-deuxième observation. — Inflammation des bronches, compliquée de fièvre rémittente cérébrale.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, résidant à Montluel, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital en décembre 1823, éprouvant depuis trois jours les symptômes suivants : céphalalgie frontale forte, chaleur générale sèche, langue lancéolée, blanche et humide, accélération et gêne de la respiration ; pouls dur et fréquent, anxiété, nulle douleur dans l'abdomen, même à la pression.

Troisième jour. (Limonade, diète.) Epistaxis de cinq à six onces. La céphalalgie disparaît, la bouche devient amère, du reste même état que la veille. Paroxysme le soir, anxiété, figure pâle.

Quatrième jour. Deux selles bilieuses spontanées, soif continuelle. (Saignée du bras de 14 onces.) Le soir, paroxysme plus fort, yeux animés, dyspnée augmentée, avec chaleur dans la poitrine. (Eau gommée.)

Cinquième jour. Rémission le matin. Les yeux sont inquiets ; le malade se plaint surtout qu'il ne peut étancher sa soif, et que l'amertume de sa bouche est extrêmement désagréable ; le pouls est toujours dur et accéléré, la respiration pénible. (*Idem.*)

Sixième jour. L'épigastre devient sensible. (Dix sangsues sur cette région.) Frissons légers dans la nuit, suivis d'un redoublement violent de tous les symptômes, et qui se prolonge le septième jour.

Huitième jour. Déjections bilieuses, ventre tendu et douloureux, pouls petit et très-fréquent, toux sèche, oppression plus marquée, la soif est toujours vive. (Dix autres sangsues au même lieu.) Délire qui force de contenir le malade en l'attachant dans son lit. Rémission le matin du neuvième jour.

Neuvième jour. (Tisane de fleurs béchiques gommée, six grains de sulfate de quinine dans quatre onces d'eau gommée.) Le paroxysme du soir, débutant comme les deux précédents, par un frisson, est moins violent, le délire est plus tranquille, la face est alternativement rouge et pâle, la soif est beaucoup moins vive, la rémission arrive plus tôt ; mais le malade déraisonne toujours. (Mêmes prescriptions.) Paroxysme encore moins fort, rémission plus prononcée.

Le onze. (Trois grains de sulfate de quinine.) Le malade commence à lier ses idées ; il se plaint beaucoup du ventre. En examinant celui-ci, j'aperçois qu'il est couvert de petits boutons durs, extrêmement douloureux au toucher : ces boutons se développent peu à peu, et se font connaître pour des furoncles ; leur nombre et la grosseur de quelques-uns d'entre eux, ont fait éprouver les souffrances les plus vives jusqu'à la sortie de bourbillon, c'est-à-dire pendant dix à douze jours. Enfin les paroxysmes du soir deviennent chaque jour plus légers.

Douzième jour. La toux et l'oppression se maintiennent ; expectoration de quelques crachats puriformes. (Deux vésicatoires au bras, boissons émollientes.) Soif peu vive.

Treizième jour. Le paroxysme qui avait retardé précédemment ne paraît que dans la matinée, avec modération, et bientôt suivi, pour la première fois, d'un peu de moiteur. Rémission le soir. La connaissance est entière, mais le regard est encore étonné. Depuis quatre jours il n'a point de selles.

Quatorzième jour. Ventre tendu, douloureux, nausées, efforts de vomissement. (Huit sangsues sur l'épigastre, cataplasmes.) Mieux.

Quinzième jour. (Cinq grains de sulfate de quinine.) Point de paroxysme.

Seizième jour. A la suite d'une forte tranchée, le malade rend une selle avec beaucoup de soulagement. Le pouls est toujours très-fréquent ; l'expectoration épaisse, abondante, glutineuse ; la soif est presque nulle ; la peau est humectée. Les furoncles de l'abdomen font pousser des gémissements continuels. (Bouillons gras).

Jusqu'au 23, la maladie marche régulièrement vers sa terminaison. A cette époque, retour d'un paroxysme en chaud et en froid. Deux laxatifs, alternant avec quelques doses de sulfate de quinine, font promptement disparaître la fièvre et ramènent l'appétit.

En citant cette observation de gastro-bronchite aiguë, mon but a été de démontrer surabondamment qu'une inflammation bien évidente pouvait être unie à une fièvre intermittente, et que ces deux maladies étaient indépendantes l'une de l'autre. Ces sortes de complications sont extrêmement fréquentes dans les pays marécageux. Je me bornerai à cette observation et à la suivante, pour ne pas devenir trop fastidieux.

Trente-troisième observation. — Pleuro-pneumonie ; fièvre rémittente pernicieuse.

Dans le canton de Montluel, au commencement

de l'année 1825, surtout dans les mois de février, mars et avril, il se manifesta une épidémie de pleurésies et pleuro-pneumonies si meurtrières, que plus de deux cents individus en périrent, c'est-à-dire la moitié au moins de ceux qui en furent atteints. Le règne de cette phlegmasie se prolongea même une partie de l'été, et se compliqua alors de gastro-entérite et de fièvre intermittente. L'observation qui suit nous en offrira un exemple.

M. le curé de la commune de Nièvres, âgé de quarante-quatre ans, d'une constitution lymphatique, quoique coloré, et d'un caractère indolent, après un malaise de quelques jours, et une anorexie de deux mois, éprouve tout-à-coup, au milieu d'une procession (fin de mai 1825), les symptômes suivants :

Premier jour. Frisson général, qui dure toute la matinée; vomissements bilieux réitérés, soif, langue rouge, chaleur très-forte, agitation, insomnie, douleur à la partie inférieure droite de la poitrine.

Le lendemain, je trouve le pouls serré et très-fréquent, la langue sèche, du dégoût pour toute espèce de boissons, excepté pour les acides; des nausées, quelques vomissements de bile, une douleur sourde dans le côté droit avec un peu de gêne dans l'inspiration, une toux rare et quelques crachats rouilleux; les urines sont peu colorées, le malade est inquiet, il se découvre sans cesse, quoique la peau soit humide et d'une chaleur médiocre, l'épigastre est gonflé, mais peu sensible à la pression. (Diète, tisane gommée, sirop capillaire.) Vingt-quatre sangsues prescrites ne sont point appliquées. Dans la nuit tous les symptômes s'exaspèrent, et la région fronto-orbitaire devient très-douloureuse.

Troisième jour. Légère rémission dans la matinée. Bien persuadé avec le consultant qui m'est adjoint que nous avons affaire à une gastro-pneumonie violente, nous faisons pratiquer de suite une saignée du bras de douze onces, et dans le courant de la journée appliquer douze sangsues sur l'épigastre, et douze sur le côté douloureux, puis des cataplasmes; le sang se couvre d'une couenne blanche, celui des piqûres coule pendant huit heures. (Boissons émollientes.)

Quatrième jour. La figure est devenue très-pâle, la céphalalgie est moindre; les symptômes aigus de la gastro-entérite ont beaucoup diminué, mais le malade tombe dans un état de prostration et d'indifférence, la peau et la langue se sèchent, il ne veut point souffrir de couvertures, il jette ses membres çà et là, la toux est rare, de même que les crachats: ceux-ci sont visqueux, couleur lie de vin, brunâtres, tenaces, rendus avec beaucoup de peine et d'effort; l'inspiration est médiocrement gênée; dégoût pour les boissons, le malade ne les désire que très-chaudes; les urines sont toujours claires, exacerbations toutes les nuits. (Prescription, *idem.*)

Le sixième jour, deux vésicatoires aux bras, moutarde aux pieds, lavement émollient qui provoque une selle copieuse, jaunâtre et fétide.

Il s'établit régulièrement tous les soirs un paroxysme sans frisson. Il débute insensiblement par une chaleur plus forte, et il s'accompagne d'un délire tranquille, d'une espèce de comavigil, avec langue sèche, râpeuse, brunâtre, suppression des crachats, et pouls petit, accéléré. La rémission s'annonce de bon matin par un peu de moiteur aux parties supérieures, par le retour à la connaissance et à l'expectoration; mais le malade conserve un malaise et une inquiétude indicibles, le ventre est ballonné sans être douloureux, le pouls faible et accéléré, les urines beaucoup plus foncées: plusieurs lavements émollients ne sont point rendus. Même état jusqu'au neuvième jour. A cette époque je prescris deux vésicatoires aux cuisses et un demi-lavement avec addition de six grains de sulfate de quinine. Le paroxysme suivant est moins long et devance de deux ou trois heures, la nuit est plus calme, les crachats sont grisâtres et toujours tenaces et visqueux.

Dixième jour. (Même lavement, tisane de polygala avec sirop de tolu, bouillon de poulet.) Les crachats commencent à devenir d'un blanc opaque, une éruption boutonneuse paraît sur l'épigastre, l'enduit de la langue est plus épais, brunâtre, le pouls est réduit à cent pulsations de cent vingt qu'il donnait la veille, la prostration et l'indifférence sont moins prononcées, les urines sont presque naturelles et sans dépôt, le paroxysme du soir est moins marqué, et n'est point accompagné de délire.

Onzième jour. (Lavement émollient qui provoque une selle copieuse jaunâtre; immédiatement après, un quart de lavement avec huit grains de sulfate de quinine.) Les urines sont sédimenteuses; paroxysme très-léger.

Le douze, même état. Le treize, moiteur générale; l'éruption s'étend et devient purulente. Les symptômes de phlegmasie pulmonaire ont disparu. La langue est toujours sèche et brune, le pouls fébrile. (Demi-lavement avec un gros de quinquina. Selle copieuse.) Quatorzième jour, prescription, *idem.*

Quinzième jour. Dans la nuit il survient un paroxysme plus fort, la langue est aride, la soif médiocre; rémission au bout de quatre heures. (Eau gommée lactée, bouillon de poulet à l'oseille, lavements à l'oseille; oranges.)

Seizième jour. A la même heure, paroxysme violent sans frisson, avec délire complet; rémission au bout de quatre heures avec moiteur; chaleur naturelle, langue humide, urines sédimenteuses. (Trois gros de quinquina en lavement.) L'accès manque, sommeil, pouls naturel, langue nette, l'éruption se répand sur tout le corps, les

boutons s'élargissent et suppurent ; il s'y joint plusieurs furoncles.

Dix-septième jour. Même lavement.

Dix-neuvième jour. Convalescence.

Cependant au bout de quelques jours, quoique l'appétit soit bon, le malade éprouve, le soir, à l'heure où revenaient ses paroxysmes fébriles, une douleur très-vive dans tout le trajet du nerf dentaire gauche ; cette douleur croît jusqu'à minuit, puis va en déclinant jusqu'à sept heures du matin, et se perd pour ainsi dire, en se répandant dans la moitié de la tête du même côté. Point de douleur dans le reste de la journée ; les dents sont décharnées, les gencives gonflées. Deux purgatifs, un vésicatoire à la nuque, la potion stibio-opiacée, de faibles doses de sulfate de quinine, n'ont point de prise sur cette névralgie périodique ; mais elle finit par céder à de fortes doses de quinquina et de valériane.

B. *Description générale de la fièvre rémittente.*

La fièvre rémittente, ainsi que son nom l'indique, se compose d'un mouvement fébrile continu, coupé périodiquement une fois dans les vingt-quatre heures, et rarement deux, par un accroissement et une diminution notables de tous les symptômes, ou du moins des principaux. L'accroissement appelé paroxysme est ordinairement précédé d'un frisson ou du refroidissement des pieds ; mais l'absence de ce phénomène ne doit pas autoriser à refuser le caractère rémittent à la fièvre qui suit la marche générale que j'indique. La maladie de l'observation n° 25 était bien certainement une fièvre rémittente, quoique plusieurs de ses paroxysmes n'aient point débuté par le froid, et cet exemple n'est pas le seul que je pourrais citer. Je pense donc que l'assertion de M. Pinel à cet égard ne convient qu'à la majorité des cas.

Entre le mouvement fébrile continu et l'intermittent complet, il existe dans les retours périodiques rémittents une infinité de nuances d'intensité et de durée. Quelquefois, l'un d'eux est à peine sur son déclin, qu'un autre recommence, et chaque fois anticipe sur le suivant, au point que la fièvre devient bientôt continue (fièvre sub-intrante, sub-continue maligne). Cette marche redoublée précipitamment, indiquant l'aggravation de l'irritation phlegmasique fixe, est moins commune aujourd'hui qu'autrefois, où elle était souvent, ainsi que l'adynamie ou la putridité, un effet malheureux de l'art. Depuis qu'on ne se croit plus obligé de *vider* préalablement les premières voies, et de repousser les évacuations sanguines comme favorisant la malignité, les fièvres rémittentes ne dégénèrent plus en continue que par leur propre violence. La lecture de l'ouvrage de M. Baumes sur les fièvres rémittentes prouve sans réplique ce que j'avance.

D'autres fois les paroxysmes s'éloignent ; les rémissions deviennent de plus en plus prononcées, et tendent évidemment à faire place à l'intermittence parfaite, ce qui dépend en grande partie d'un traitement bien raisonné.

Le frisson de la fièvre rémittente est ordinairement léger et superficiel. Lorsqu'il est profond, il annonce le plus grand danger, et l'on doit craindre que la phlegmasie et l'irritation congestive existantes ne deviennent d'une intensité qui les rende mortelles.

La sueur ne se montre dans la rémission qu'au bout de quelques jours, lorsque les symptômes décroissent, et que la rémission se prononce davantage. J'entends ici par sueur, une moiteur forte, car une sueur abondante ne paraît que dans les véritables intermissions.

Le type rémittent passe toujours à l'intermittent avant la guérison parfaite. Il devient continu quand la maladie s'aggrave d'une manière quelconque ; mais il reparaît souvent deux ou trois jours avant la mort, et il devient même intermittent, malgré les lésions organiques les plus profondes, comme si, dans ce cas, la nature épuisée n'était passible que de mouvements interrompus. Les paroxysmes, comme je le disais plus haut, sont alors accompagnés du froid glacial ou du tremblement.

Dans le printemps et l'été la fièvre rémittente règne concurremment avec les fièvres continues, avec des symptômes gastro-bilieux ou inflammatoires très-aigus ; et souvent même ces fièvres continues deviennent rémittentes aussitôt que leur première violence est tombée (1).

A la fin de l'automne et pendant l'hiver, la fièvre rémittente n'a plus ce caractère d'acuité, et ne paraît pas occuper les mêmes tissus. Les symptômes principaux sont fournis alors par l'irritation des follicules muqueux gastro-bronchiques, ou par celle de l'encéphale ; irritation qui s'accompagne ordinairement d'une perturbation peu forte de l'appareil sanguin, et se prolonge plus qu'elle.

Lorsque les indigènes du pays d'Étangs contractent la fièvre rémittente aiguë, elle est toujours caractérisée par des symptômes bilieux, et après des vomissements de bile répétés et spontanés elle

(1) Lorsque l'été a été brûlant et sec, les fièvres rémittentes ne paraissent qu'à la fin du mois d'août, aussitôt que les nuits deviennent fraîches et humides, ou après quelques jours de pluie : elles sont alors d'une grande violence. L'irritation gastro-céphalique est d'une intensité effrayante. Dans les trois ou quatre premiers jours on croirait avoir affaire à une fièvre continue grave ; mais bientôt, soit spontanément, soit plutôt à la suite d'évacuations sanguines, le type rémittent se prononce. C'est alors que les paroxysmes ne sont presque jamais précédés par le frisson, mais simplement par une chaleur progressive et par une anxiété, par une angoisse inexprimables, qui ne se montrent jamais dans la fièvre continue.

passe promptement au type intermittent. Il n'en est pas de même des étrangers : avant que leurs organes puissent impunément se mettre en rapport avec l'atmosphère miasmatique des marais, il faut qu'ils subissent la loi commune, qu'ils passent sous le joug de la fièvre intermittente ou rémittente ; et plus leur constitution sera irritable et les chaleurs de la saison élevées, plus la fièvre rémittente dont ils seront atteints présentera des symptômes violents et graves. Malheur aux individus qui, portant des phlegmasies chroniques, surtout des organes digestifs, ont l'imprudence d'habiter le pays d'Étangs depuis le mois de juillet jusqu'à celui d'octobre : ils s'exposent à être les victimes d'une fièvre rémittente pernicieuse. Dans ce pays-là, la plupart des phlegmasies chroniques fébriles se compliquent de paroxysmes réguliers en froid et en chaud ; enfin, d'une véritable fièvre intermittente, puisqu'on peut la faire disparaître au moyen du fébrifuge, quoique la maladie principale poursuive sa marche vers une terminaison funeste.

Les retours périodiques des paroxysmes ont presque toujours lieu dans la soirée, ou dans la première moitié de la nuit.

La fièvre rémittente présente d'ailleurs toutes les nuances et complications de la fièvre intermittente ; mais elle n'adopte jamais le type quarte, ni même le type tierce franc : c'est le quotidien ou double-tierce qu'elle préfère, ou qui semble convenir seul à l'état d'irritation permanente dans lequel se trouvent les organes. Le phénomène de la périodicité est d'une grande importance à bien reconnaître. Mais chaque type en particulier est indifférent en soi ; il ne sert au praticien que pour fixer l'époque la plus opportune pour l'administration du fébrifuge ; car, par lui-même, il ne fournit aucune indication thérapeutique. L'état des organes est une connaissance bien autrement importante ; mais, pour se préserver de toute erreur, il faut les explorer au moins avec autant de soin pendant la rémission que durant le paroxysme.

Le type de la fièvre pernicieuse est bien plus souvent rémittent qu'intermittent ; cependant, il y a une distinction à faire à cet égard. La fièvre pernicieuse dont est atteint le Bressan est plus ordinairement intermittente ; tandis qu'elle est rémittente chez l'étranger, surtout lorsque sa constitution est irritable ou qu'il porte une phlegmasie chronique.

M. Broussais, en rendant compte des fièvres rémittentes graves de l'été de 1823, dans le *Annales de la médecine physiologique*, cahier d'octobre, en fait un tableau animé et frappant de vérité. Mes lecteurs ne seront pas mécontents, je présume, de le retrouver ici.

« La maladie débute comme une gastro-entérite « aiguë ordinaire ; mais, lorsqu'on a calmé par les « sangsues les principaux symptômes de l'irritation « des voies gastriques, on s'aperçoit qu'il survient « des redoublements fort intenses. » Cela s'accorde parfaitement avec mes observations, et prouve que la phlegmasie ne constitue pas la fièvre périodique, puisqu'en combattant celle-ci et en la détruisant, les paroxysmes redoublent de violence.

« La plupart des malades, continue M. Broussais, « ont un frisson au moment de l'exaspération ; « d'autres n'en présentent pas, mais chez tous on « remarque de l'anxiété, des plaintes, une agita- « tion causée par un malaise indicible ; ils ont le « pouls fort, accéléré, convulsif, irrégulier, très- « souvent intermittent ; les traits sont décomposés ; « plusieurs sujets ont la face tiraillée, les yeux « secs et parfois comme vitrés ; la chaleur est « extrême dans toutes les régions de la peau ; il en « est qui délirent et perdent connaissance, qui ont « la face cadavéreuse ; d'autres semblent suffo- « quer ; quelques-uns ressentent de vives douleurs « dans les entrailles. J'ai observé des vomissements, « des hoquets et du ténesme dans les paroxysmes ; « lorsqu'ils sont dissipés, les malades reviennent « à eux-mêmes ; mais ils sont dans un état d'in- « quiétude remarquable, et la fièvre ne les aban- « donne pas. La langue dérougit et la soif est un « peu intense, si les malades ont été suffisamment « saignés, et l'on croirait qu'ils vont entrer en « convalescence, mais le lendemain l'accès re- « vient. »

D'après M. Baumes, il faut, pour que la fièvre soit rémittente légitime, 1° que ses paroxysmes ne soient pas l'effet d'une cause externe, autre que les miasmes des marais ; 2° qu'ils se succèdent à peu près périodiquement ; 3° que dans les intervalles qui les séparent, le malade, beaucoup mieux, éprouve une diminution sensible de certains symptômes, et la disparition de quelques autres, bien qu'il reste dans un état fébrile. Cet auteur pense d'ailleurs que l'absence du frisson au début du paroxysme ne suffit pas pour priver la fièvre du caractère rémittent. Les derniers signes diagnostics sont exacts, mais le premier est illusoire : je défie M. Baumes lui-même de distinguer une maladie au moyen de ses causes extérieures.

L'illustre professeur de Montpellier, toujours un peu subtil, distingue trois séries de fièvres rémittentes : la première comprend les fièvres rémittentes dont chaque paroxysme commence par un frisson ; la deuxième, celles dont les paroxysmes débutent par un refroidissement général ou local ; et la troisième, celles où les paroxysmes ne sont précédés, ni par le frisson, ni par le froid général ou partiel.

Toutes ces distinctions scolastiques ne sont point fondamentales ; elles sont arbitraires, ne reposent que sur des phénomènes extérieurs tout-à-fait secondaires ; et par conséquent elles sont incapables de servir à la connaissance de la nature de la maladie et à établir les indications thérapeutiques.

On a placé la difficulté où elle ne se trouve pas, car rien n'est plus facile que de reconnaître un type quelconque lorsqu'il est défini. Mais on a voulu faire des distinctions que la nature ne fait pas; on a voulu créer une fièvre rémittente légitime, et alors on s'est jeté dans le vague, dans toute l'obscurité d'une physiologie imaginaire. Il n'y a point de maladie à laquelle on doive donner le nom de rémittente légitime. La fièvre rémittente n'existe point par elle-même : composée de la fièvre continue (c'est-à-dire de l'irritation fixe fibrile) et de la fièvre intermittente (c'est-à-dire de l'irritation périodique fébrile), elle présente par leur mélange toutes les nuances de chacune en particulier, plus le phénomène général de la rémittence. Cette rémittence une fois observée, l'essentiel est de savoir bien apprécier les symptômes respectifs, pour parvenir à distinguer quelle est celle des deux irritations, fixe ou mobile, qui domine. Plus la première sera forte, moins la rémittence sera prononcée, et *vice versâ*. Plus aussi la fièvre composée se rapproche de l'intermittente, plus le pronostic qu'on portera sera favorable.

Dans la plupart des fièvres rémittentes des marais, le type intermittent prédomine (1); il fait le fond de la maladie; les symptômes continus ne sont qu'accessoires, qu'une complication. En effet, quelque violents que soient les accidents, même dans la rémission, la fièvre a une si grande tendance vers le type intermittent qu'elle y arrive presque toujours, malgré l'emploi de moyens souvent contraires à l'irritation fixe des organes; et lorsque les symptômes deviennent pernicieux, sub-intrants, l'action avantageuse du quinquina prouve encore la prédominance de l'irritation périodique, qui tient l'irritation fixe sous sa dépendance, et se trouve être la cause principale de tous les phénomènes variés qui s'observent alors. On peut dire que dans ce cas c'est la fièvre intermittente qui entretient et aggrave la fièvre continue, c'est-à-dire qu'à chaque retour d'accès, les organes disposés déjà à la stimulation reçoivent une excitation nouvelle, qui n'est point encore dissipée lorsque le paroxysme suivant paraît. Une fièvre de ce genre est toujours rémittente à son début, ou du deuxième au troisième jour. Une fièvre grave continue sera toujours rémittente, lorsqu'on observera, dans le plus haut degré du paroxysme, des symptômes d'un autre genre que ceux qui règnent dans une rémission obscure.

(1) Dans la plupart des fièvres d'apparence continue, on retrouve cette tendance au type intermittent; celui-ci n'est pas masqué.

—

CHAPITRE II.

DE L'INFLUENCE DES CAUSES EXTÉRIEURES SUR LA PRODUCTION DES FIÈVRES D'ACCÈS.

La fièvre intermittente a été observée partout et dans toutes les saisons, mais elle ne s'est jamais développée d'une manière endémique ou épidémique que dans les contrées qui recèlent des marais ou des étangs, dans celles qui sont sujettes à être inondées; en un mot, dans les lieux où des masses d'eaux stagnantes sont susceptibles d'être corrompues ou bien évaporées, de manière à laisser exposé aux rayons du soleil le sol qu'elles ont longtemps recouvert. Voilà un fait incontestable. Un autre qui ne l'est pas moins, c'est que cette maladie ne règne pas également dans toutes les saisons, et que ce n'est qu'à la fin de l'été, c'est-à-dire à l'époque qui suit immédiatement les plus fortes chaleurs, qu'elle attaque un grand nombre de personnes à la fois. Les observations d'Hippocrate, de Lancisi, de Lind et de tous les bons observateurs, sont si connues et si unanimes à cet égard, que je crois inutile de rapporter les nombreux exemples particuliers qui viennent à l'appui de ces faits généraux.

Il est une autre vérité de fait qu'il n'est pas moins important de connaître, c'est que dans les années très-chaudes les fièvres intermittentes sont très-violentes, et débutent très-souvent par le type rémittent et même par le type continu; tandis que dans celles où la température de l'été est très-variable et où l'humidité est dominante, ces maladies sont bien moins intenses, plus franchement intermittentes, mais aussi beaucoup plus généralement répandues. *Hippocrate* et *Lind* en ont fait la remarque spéciale. Depuis un grand nombre d'années que je me livre à l'étude d'une maladie qui est, sans comparaison, la plus commune de toutes celles de mon arrondissement médical, je me suis convaincu que toutes les proportions précédentes étaient de la plus grande exactitude.

En 1822, après un hiver pluvieux, les chaleurs ayant été vives et précoces, les fièvres intermittentes ou plutôt rémittentes parurent dès le mois de mai, et s'accompagnèrent de symptômes violents gastro-céphaliques. Leur nombre diminua dans le mois de juillet pour devenir beaucoup plus élevé, depuis la fin d'août jusqu'à celle d'octobre, quoique la chaleur se fût soutenue à peu près au même degré pendant tout ce temps-là.

En 1823, la température fut bien différente. Jusqu'au mois de juillet l'atmosphère fut presque constamment froide et pluvieuse, tous les fruits de la terre restèrent dans un état d'imparfaite maturité. Quelques coups de soleil se firent seulement sentir dans le mois d'août, mais toujours entremêlés de

pluies, de vents, surtout du vent d'est. Des brouillards épais signalèrent les mois de septembre et d'octobre : ce ne fut qu'à cette époque que commença le règne des fièvres d'accès ; mais le nombre des personnes qu'elles atteignirent fut prodigieux. Quoique, en général, peu intenses, elles furent désolantes, non par leur tenacité, mais par la facilité et la fréquence des récidives : elles se prolongèrent une grande partie de l'hiver, malgré le froid piquant qui survint en janvier. Les habitants des bords des marais, tels que les ouvriers de la manufacture de draps, n'échappèrent qu'en petit nombre à son invasion. Presque toutes les maladies fébriles s'accompagnèrent alors de paroxysmes périodiques, qui dégénérèrent ensuite en véritables accès intermittents. Les bronchites, qui furent communes et très-aiguës pendant l'hiver, se compliquèrent d'irritation nerveuse, de suffocations spasmodiques plus ou moins périodiques et de paroxysmes rémittents. Les névralgies intermittentes variées, celles des nerfs ophthalmique et sus-orbitaire spécialement, ne s'étaient jamais montrées en si grand nombre. Toutes les maladies enfin semblaient avoir revêtu un caractère nerveux et périodique. J'ajouterai que beaucoup de lieux circonvoisins, ordinairement exempts de la fièvre intermittente, en furent infestés cet automne.

Lind, habile et judicieux observateur, a fait en Angleterre des observations analogues pour les années 1765 et 1766. L'année 1765 fut très-chaude dès le printemps, alors parurent prématurément des fièvres violentes ; mais, dans l'automne et pendant l'année 1766, la température devint plus inconstante, le vent d'est fut dominant, des brouillards épais partant des marais et se répandant sur la terre nuisaient aux végétaux. Ce fut alors que la fièvre intermittente envahit *toute* l'Angleterre d'une manière vraiment extraordinaire, par le nombre des individus qui en furent attaqués et par sa prolongation dans l'hiver. Car, dit *Lind*, le froid de l'hiver n'apporta aucun affaiblissement à cette épidémie, puisque à Noël il n'y avait pas moins de cent fiévreux à l'hôpital.

Depuis le mois de novembre 1834 jusqu'à celui de janvier 1825, la température fut chaude et pluvieuse ; il survint ensuite une bise très-froide qui régna sans interruption pendant cinq mois. C'est dans cet espace de temps qu'une grande partie du département de l'Ain fut désolée par la rougeole, et surtout par une épidémie de pleurésie extrêmement meurtrière. Cette phlegmasie se compliqua de fièvre intermittente pendant le mois de juin, mais assez rarement. L'été fut chaud et très-sec. En septembre seulement commencèrent à paraître les fièvres endémiques avec des symptômes très-aigus ; mais leur nombre fut petit. La sécheresse fut le caractère dominant de l'année 1826, ce qui suppose un hiver froid et un été chaud. Jamais année ne fut plus saine et toute espèce de maladies plus rare : ce fut l'année de repos pour le médecin. Jusqu'au milieu de septembre la fièvre d'accès ne fit aucune apparition. A cette époque, après quelques pluies, il se manifesta quelques pyrexies rémittentes gastro-céphaliques des plus intenses, ce qui nécessita l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique. Les fièvres intermittentes, plus franches, qui parurent ensuite furent toutes compliquées d'un état inflammatoire général, qui rendit l'usage du quinquina dangereux lorsqu'on n'eut pas recours préalablement à la saignée. L'heure d'invasion des accès fus très-variable, et se fixa souvent dans la soirée, comme dans les paroxysmes des maladies aiguës continues : les rechutes furent extraordinairement fréquentes.

Ainsi donc, puisqu'il est constant, d'après les observations de tous les temps, que les fièvres d'accès ne sont endémiques et épidémiques que dans les lieux marécageux ; qu'elles ne se développent que dans certaines saisons et non dans d'autres ; que celles qui les voient naître en plus grande quantité sont aussi celles où il règne alternativement de la chaleur et des pluies, puisqu'il est prouvé que dans les pays chauds ces maladies ne font leur début qu'après les pluies abondantes de l'équinoxe d'été, et que jamais on ne les a observées depuis le mois de novembre jusqu'à celui de mai, sinon d'une manière isolée, ou comme un prolongement de celles qui s'étaient développées antérieurement, nous sommes fondé à conclure que les causes qui président à leur formation doivent se trouver nécessairement dans l'influence isolée ou réunie de la chaleur, de l'humidité et des miasmes des marais, plus ou moins renforcée par le régime et par les travaux fatigants de la récolte des fruits de la terre.

Examinons chacune de ces causes en particulier, et tâchons d'apprécier son action sur l'économie animale, et conséquemment le rôle qu'elle doit jouer dans la production de la fièvre.

1° INFLUENCE DE LA CHALEUR.

L'action directe d'une forte chaleur est une excitation générale, mais qui retentit plus particulièrement sur l'estomac et sur l'organe hépatique ; l'encéphale ne vient qu'en seconde ligne. Cette excitation est toujours fixe et sanguine, et les inflammations qu'elle provoque sont bien tranchées : ce sont des gastro-entérites, des gastro-hépatites et céphalites. Une température chaude et sèche, lorsqu'elle est tempérée, est la plus favorable à la santé.

2° INFLUENCE DE L'HUMIDITÉ.

Lorsque l'économie animale se trouve pendant long-temps sous l'influence d'une atmosphère saturée d'humidité, il en résulte un relâchement dans

les tissus organiques, un affaiblissement dans la sensibilité et la contractilité, et subsidiairement un ralentissement dans la circulation, une langueur générale, et la tendance aux engorgements et aux infiltrations (1). M. Monfalcon (*Histoire des Marais*, p. 124) est allé beaucoup trop loin lorsqu'il a attribué aux miasmes marécageux la constitution du Bressan, comme ses maladies. Le tempérament tient nécessairement à des causes qui agissent sans interruption, comme le régime et la qualité dominante de l'air ambiant. L'air des contrées marécageuses est constamment humide, et il n'est miasmatique que pendant deux ou trois mois de l'année : il pourra donc produire des maladies dans ce dernier cas, mais non modifier pour toujours l'organisation primitive.

Ainsi l'humidité, en disposant aux engorgements des vaisseaux capillaires blancs, si elle est unie à la chaleur, doit favoriser des inflammations mixtes du foie et de la muqueuse gastro-intestinale, accompagnées de congestions et de sécrétions bilioso-muqueuses et même sanguinolentes, ordinairement très-abondantes; mais une troisième condition est nécessaire pour qu'à ces inflammations se joignent l'apparition en grand nombre des fièvres intermittentes, c'est-à-dire la présence des marais, dont les effluves délétères trouvent dans l'humidité non-seulement un véhicule nécessaire à leur action, mais encore un auxiliaire précurseur des plus puissants. Aussi, quoique l'humidité soit une qualité commune à l'atmosphère de toutes les localités coupées par de grands fleuves, par des lacs, ou entourées par les eaux de la mer ; quoiqu'elle domine pendant la saison des pluies sous la zone torride, et quoiqu'elle soit unie à la chaleur, elle restera impuissante pour produire des épidémies de fièvres d'accès, si ces mêmes contrées ne recèlent ni marais, ni masses d'eaux stagnantes et susceptibles de corruption.

3° INFLUENCE DES MIASMES DES MARAIS.

De ce que l'analyse chimique n'a découvert aucun principe particulier dans l'air des contrées les plus marécageuses, telles que les plaines de Rome et de la Lombardie, plusieurs médecins en ont conclu que les effluves des marais étaient une chimère, qu'ils n'existaient pas : comme si nos moyens d'investigation chimique étaient parvenus à ce point de précision et de sûreté qui commande une confiance entière, et que tout autre genre d'observation et d'analyse fût en même temps tout-à-fait infidèle et illusoire. Pour nous, c'est dans l'examen des faits pathologiques, que nous mettrons hors de doute non-seulement l'existence, mais encore le mode d'action des effluves que la chaleur dégage du sein des eaux croupissantes.

Plusieurs marins, dit *Lind*, ayant débarqué à l'embouchure de la Gambie, dans le Sénégal, et étant arrivés près d'un étang considérable, se sentirent tous incommodés par des nausées, des vomissements, une grande douleur de tête et des envies de cracher, causés par une odeur désagréable attachée à leur gosier : un vomitif les rétablit de suite. L'odeur marécageuse, suivant le même observateur, développe souvent de suite un frisson, avec délire et vomissements bilieux. Les poumons, quoique recevant directement cette vapeur, n'en sont point affectés, mais bien le cerveau et l'estomac.

Lind cite un grand nombre d'exemples analogues très-remarquables et très-concluants sur l'influence directe des effluves des marais dans les pays chauds, surtout pendant la nuit. Même en Angleterre, il a observé, dans l'année 1765, que des soldats de marine, exercés trois fois par semaine près d'un marais, quoique de *très-bon* matin, tombaient par demi-douzaine, frappés de vertiges, de mal de tête, de vomissements bilieux, de jaunisse, et enfin d'accès violents de fièvre intermittente.

Quoique la Bresse soit située sous une latitude très-tempérée, j'y ai fait les mêmes observations que *Lind* dans les années très-chaudes; et mes observations portent presque toujours sur des individus non acclimatés, et dont les organes se trouvent pour la première fois en contact avec un poison gazeux. Ainsi, combien de fois n'ai-je pas vu des moissonneurs qui étaient pris subitement de vomissements bilieux et d'une violente céphalalgie frontale lorsqu'ils étaient arrivés près des marais ou des queues d'étangs récemment desséchés; accidents toujours précurseurs de la fièvre intermittente compliquée de gastro-entérite, et que je n'ai jamais observés dans les lieux secs. Une mare considérable occupait une partie de la cour d'une grange près de Montluel. Dans le mois d'août 1825, les chaleurs étant fortes, les eaux de cette mare se corrompirent pendant que l'on battait le blé tout auprès et répandirent une odeur infecte. Tous les batteurs, au nombre de huit, furent atteints, dans le même jour, de fièvre intermittente plus ou moins violente, précédée, chez plusieurs, de nausées, de vomissements bilieux, et de céphalalgie frontale.

En traversant en char découvert et avec deux amis une des parties les plus marécageuses du département de l'Ain, à trois heures du matin, dans le printemps de 1826, après une journée très-chaude, suivie d'une nuit froide et humide, l'un de nous, d'une constitution délicate, fut saisi subitement d'une fièvre tierce avec délire.

(1) Nous en avons une preuve directe dans les exemples d'individus qui ont séjourné long-temps dans des souterrains humides ou d'obscurs et profonds cachots. Leur constitution est devenue parfaitement analogue à celle des habitants des marais.

Tous ces faits, que je pourrais facilement multiplier et varier, prouvent d'une manière suffisante qu'il existe dans l'air des marais des principes que l'analyse chimique n'a pu reconnaître. D'ailleurs, le raisonnement le plus simple nous démontre clairement que des eaux croupissantes, que la vase des marais, des étangs, d'un sol gras qui a été long-temps inondé, lorsqu'elle vient à être en contact avec un air embrasé, doivent laisser exhaler des gaz méphitiques, et en empoisonner l'atmosphère. D'ailleurs, l'odeur seule ne l'annonce-t-elle pas? et si la chimie n'a pu encore saisir cette odeur nauséabonde en constatant sa nature, ou même l'existence des corps quelconques dont elle émane, quelle confiance peut-on lui accorder dans l'analyse des airs salubres ou insalubres?

On pourrait croire, au premier abord, que l'époque des plus grandes chaleurs étant aussi celle d'une vaporisation plus puissante et plus rapide, les miasmes exhalés en plus grande abondance, devraient alors produire le plus grand nombre des fièvres endémiques, ce qui n'arrive pas cependant, car cette époque voit régner les fièvres continues, bilieuses, et quelques rémittentes. Mais si l'on se rappelle que les miasmes ne commencent à se dégager d'une manière abondante que lorsque les eaux sont basses et réduites à leur partie fangeuse, et qu'un temps assez long est nécessaire pour amener l'évaporation à ce point; que dans cet intervalle, qui est l'époque des fortes chaleurs de juin et de juillet, l'air ambiant contient plus d'eau que de miasmes en suspension, on sera convaincu que l'économie animale est moins soumise à leur influence qu'à celle de la chaleur sèche ou simplement humide, lors même que les chaleurs sont assez violentes pour amener promptement la dessiccation des eaux stagnantes et de leurs vases; l'apparition précoce des fièvres intermittentes ne se soutiendra pas long-temps, parce que la puissance du calorique consommera promptement l'évaporation, et en réduisant à une raréfaction extrême les molécules aqueuses, véhicule nécessaire des miasmes, elle annihilera ceux-ci de fait, puisqu'elle les dépouillera de toute prise sur les organes.

Mais lorsque le soleil commençant à rester plus long-temps sous l'horizon, la force expansive du calorique commence aussi à décroître en proportion, l'humidité dont l'atmosphère se charge rapproche et concentre les effluves, et leur rend tout leur pouvoir pernicieux. Cette qualité délétère leur est également rendue par les pluies qui surviennent après quelque temps de chaleur, car c'est aussitôt après que l'atmosphère embrasé en est rafraîchi que se développent les fièvres d'accès; et si celles-ci se montrent en si grand nombre dans les étés humides, tels que ceux de 1766 pour l'Angleterre, et de 1823 pour la Bresse, c'est que des pluies fréquentes et qui alternent avec des coups de soleil vifs, entretiennent sur les marais une évaporation miasmatique continuelle et modérée, qui, à la longue, sature l'atmosphère, et peut-être l'économie d'une manière si profonde, que les premiers froids de l'hiver suivant n'ont pas le pouvoir de détruire complètement son influence. Ce n'est que dans ce sens qu'on peut expliquer naturellement l'effet des variations de la température sur la production des fièvres périodiques, et non par la seule transition du chaud au froid, puisque ces variations, dans les pays non marécageux, produisent d'autres maladies.

Il est assez rare, d'ailleurs, que ceux qui contractent la fièvre, se plaignent d'avoir eu chaud ou froid. Les cultivateurs en sont saisis quelquefois brusquement au milieu du jour, et pendant la moisson; d'autres fois elle est précédée, pendant deux ou trois jours, de courbature, de perte d'appétit, et se déclare après un travail fatigant ou un repas pris avec dégoût, ou bien après avoir bu une grande quantité d'eau : c'est chez le plus petit nombre qu'elle se déclare après un refroidissement. Au reste, pourquoi serait-on plus exposé à l'action alternative du froid et du chaud auprès d'un marais qu'auprès d'un grand fleuve? et qu'est-ce qui pourrait donner une explication satisfaisante de la fréquence de la fièvre dans le premier cas, et de son absence dans le second, si l'on rejetait l'intervention des effluves? Nous convenons très-volontiers que la transition brusque du chaud au froid, pendant l'été et l'automne, est susceptible de produire, même directement, la fièvre intermittente, mais uniquement d'une manière isolée, et jamais d'une manière endémique ou épidémique.

Les miasmes des marais sont d'autant plus actifs que les marais eux-mêmes sont plus étendus, plus anciens, moins profonds, et que la chaleur est plus forte; mais, dans ce dernier cas, leur action est de moindre durée. Leur influence, au contraire, comme nous l'avons démontré, est d'autant plus soutenue que la chaleur est entremêlée de pluies qui entretiennent une certaine humidité dans l'air ambiant. Quand ces miasmes sont très-actifs, ils agissent à la manière d'un poison stimulant, en portant leur première impression sur les voies gastriques et l'organe hépatique. Lorsqu'ils sont très-étendus dans les vapeurs aqueuses, leur action lente ne se manifeste que par la production d'une fièvre intermittente bénigne.

Jusqu'à quelle distance peuvent-ils porter leur influence? On l'ignore. Les personnes qui prétendent que cette influence est plus manifeste à une certaine élévation que dans les vallées, peuvent avoir raison, si de deux habitations à la même distance, l'une est au-dessous du niveau du marais et l'autre à une hauteur de quelques toises, car les miasmes tendent plutôt à monter qu'à descendre; mais il est bien certain, et je l'ai observé un grand

nombre de fois, que les hameaux, les manufactures ou habitations quelconques, qui sont situés au niveau d'un marais, à peu de distance et au nord de ses rives, se trouvent dans la situation la plus insalubre possible.

Les miasmes agissent de suite, en produisant des effets plus ou moins apparents, ou n'ont aucune prise sur l'économie animale. Leur incubation pendant plusieurs jours, et même plusieurs mois, dans un individu bien portant, est tout-à-fait hypothétique, et les faits qu'on a cités de cette incubation ne prouvent autre chose, sinon qu'on admet une cause imaginaire plus facilement qu'une cause beaucoup plus naturelle.

4°. INFLUENCE DE RÉGIME.

L'alimentation du Bressan n'est ni assez nutritive ni assez stimulante. L'eau fade et quelquefois nauséabonde dont il fait usage presque exclusivement, est sans doute débilitante; et un pareil régime agissant sur l'économie dans le même sens que l'humidité, doit concourir à renforcer la débilité constitutionnelle de l'habitant du pays d'Étangs. En effet, lorsque, pendant l'été, et au milieu des fatigues de la moisson, le cultivateur est forcé, par une soif extrême, à faire une grande consommation d'une boisson aqueuse, chaude et de mauvaise qualité, les sueurs qui déjà l'affaiblissent, redoublent encore; il n'est point désaltéré, parce que cette eau est trop peu sapide pour exciter les sécrétions des membranes muqueuses pharyngo-buccale et gastrique, et remédier à leur sécheresse, première cause de la soif; son estomac en est gonflé, une espèce d'indigestion en est souvent la suite, et la congestion ou l'irritation gastro-hépatique, devenue imminente par l'influence de la chaleur et d'une grande fatigue, peut être immédiatement déterminée par cette nouvelle cause. Mais c'est là un effet qui peut arriver partout, et qui ne donne lieu qu'à une gastro-entérite bilieuse, complication fréquente de la fièvre intermittente. Il y a loin de là à l'opinion de ceux qui, à l'exemple d'Hippocrate, attribuent la fièvre elle-même et les obstructions à la mauvaise qualité des eaux.

Au reste, les faits, mieux que tous les raisonnements, nous prouvent d'une manière péremptoire que l'eau, même celle d'assez mauvaise qualité, ne joue qu'un rôle secondaire dans la production endémique des pyrexies périodiques. Parmi le grand nombre d'individus occupés dans la manufacture de draps, il n'en est pas un qui fasse un usage exclusif de l'eau : beaucoup d'entre eux ne boivent que du vin pur, dont plusieurs font excès. L'eau qu'ils boivent est d'ailleurs d'une bonne qualité, et la plupart se nourrissent bien: néanmoins la fièvre y est endémique, surtout dans le bâtiment le plus rapproché du marais.

Le séjour dans ce bâtiment est si insalubre, que la fièvre n'y a pas encore épargné un seul de ses habitants. Avant leur acclimatement, plusieurs familles entières en ont été tourmentées pendant trois et quatre ans presque sans interruption, sous tous les types, quoiqu'en suivant le régime le mieux ordonné. Toujours la première invasion a eu lieu dans le printemps ou à la fin de l'été; mais les rechutes sont survenues dans toutes les saisons. Le nommé Martin, chef d'atelier, suisse d'origine, sanguin, abusant des boissons fermentées, a été forcé de quitter le pays avec sa femme et trois enfants, pour chercher un terme à des fièvres quartes et tierces dont ils étaient atteints depuis plusieurs années. Un foulonnier, également adonné au vin, et par goût et comme préservatif vulgaire de la fièvre, a contracté celle-ci toutes les années avec des symptômes cérébraux, et a fini par succomber au deuxième accès d'une fièvre intermittente apoplectique.

Un grand nombre d'Auvergnats robustes viennent chaque année dans la Bresse pour défricher des bois et travailler à la confection des chaussées d'étangs; leur régime est très-substantiel; le vin ne leur manque jamais, ils en font même abus; leur pain est d'excellente qualité : en sont-ils pour cela moins sujets à la fièvre? Nullement : ils en sont même plus fréquemment atteints que les indigènes. Si les propriétaires aisés sont plus souvent épargnés, c'est qu'ils se trouvent moins long-temps que les ouvriers plongés au milieu des miasmes, et que la fatigue des travaux de la campagne ne prépare pas, comme chez ceux-ci, les organes à recevoir toute leur influence pernicieuse.

Ainsi donc, si l'usage de l'eau pure a des inconvénients, l'abus du vin et des liqueurs fortes a celui, peut-être plus grand, d'entretenir les irritations gastro-céphaliques, cause excitante de la fièvre.

Il me semble que nous pouvons conclure de tout ce qui précède, que l'intervention d'un principe insalubre exhalé des marais est nécessaire pour donner une raison suffisante de l'endémie et de l'épidémie des fièvres intermittentes, dans certains pays; et que, dans tous les cas, la chaleur, l'humidité et les effluves, sont les trois conditions réunies, essentielles à leur développement.

Après ces trois causes, nous pouvons placer l'abus des boissons aqueuses, les écarts de régime, l'excès du travail et le refroidissement. La plupart de ces causes se rencontrent ordinairement ensemble, agissent et s'appuient réciproquement pour porter sur les organes digestifs une stimulation plus ou moins énergique, ce qui fait que la fièvre est si rarement simple dans son début.

Rien ne dispose autant à l'invasion de la fièvre, comme, au reste, à toute espèce de maladies aiguës, qu'une grande fatigue ou une indigestion.

Celui qui a l'imprudence de s'exposer dans cet état à l'air du soir ou de la nuit, en automne, dans un pays marécageux, est assuré d'être immédiatement atteint d'un accès de fièvre. Dans les pays chauds, l'influence des marais étant beaucoup plus énergique que dans notre climat, on court la chance d'être la victime d'une fièvre pernicieuse.

Dans les villes malpropres, mal pavées, à rues étroites, les fièvres intermittentes sont fréquentes, parce que les mêmes éléments miasmatiques qui s'élèvent des marais s'y rencontrent. Ainsi, il résulte de recherches faites par M. le docteur Villermé, qu'autrefois à Paris il régnait des épidémies presque tous les ans, durant la saison ordinaire des fièvres marécageuses ; mais que ces épidémies ont cessé à mesure que le pavage des rues, leur pente mieux calculée, et l'écoulement de toutes les eaux ménagères dans la Seine, ont tari la source des miasmes.

On est assez généralement persuadé dans la Bresse, même parmi les médecins, que la *flouve* (*anthoxantum odoratum*), espèce de graminée très-commune, est, à l'époque de sa floraison (août et septembre), une des causes les plus actives de la fièvre intermittente. Mes observations à cet égard, de même que celles de MM. Chanel et Dutéche (1), ne justifient nullement la propriété *fébrifère* de cette plante. D'ailleurs, sa floraison passée, la fièvre n'en règne pas moins, même dans les localités où ce végétal ne croît jamais, comme dans la vallée marécageuse de Sainte-Croix, qui voit naître tant de fièvres parmi les ouvriers de la manufacture de draps. Cependant il faut remarquer que cette plante, lorsqu'elle couvre un grand espace de terrain, et qu'elle est en pleine floraison, répand une odeur fade et nauséeuse extrêmement désagréable, et qui produit chez certaines personnes irritables des vertiges ou une céphalalgie sourde.

(1) Ces deux médecins des hôpitaux de Chalamont et de Châtillon, dans la partie la plus marécageuse de la Dombes, ont eu la complaisance de me fournir des renseignements très-utiles. Je les prie de recevoir ici les témoignages de ma reconnaissance.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT.

§ I. TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE.

« Il ne faut pas, dit Voullone, garder une maladie inutile quand on peut la guérir ; il est également vrai qu'il ne faut pas la guérir plus tard quand on peut la guérir plus tôt ; et toutes les raisons par lesquelles on voudrait essayer de prouver qu'il est bon de ne pas arrêter une fièvre intermittente dans le commencement, tendront nécessairement à prouver qu'il est bon de ne l'arrêter jamais. »

Voilà une proposition comme on en trouve beaucoup dans Voullone, d'abord séduisante, mais qui pour être juste a besoin d'être commentée ; car il existe bien certainement un grand nombre de fièvres intermittentes qui, dans leur début surtout, ne sont point assez simples pour être combattues de suite par le fébrifuge, et qui demandent un traitement indirect capable de les réduire à leur état de *légitimité*, pour me servir de l'expression consacrée dans l'école. Si la proposition de Voullone s'applique à une thérapeutique quelconque, et non au fébrifuge en particulier, elle renferme la vérité, et ne peut être combattue que par quelques exceptions très-rares. Respecter une maladie, une fièvre intermittente ou autre, dans son principe, c'est méconnaître le fameux axiome *principiis obsta*..... et s'exposer aux conséquences fâcheuses de son oubli (1). Dans l'ignorance de la nature de la fièvre intermittente, les bons praticiens, par prudence et faute de mieux, avaient recommandé de n'attaquer cette maladie qu'au bout d'un certain nombre d'accès, parce que les premières intermissions sont rarement complètes, et qu'il reste encore, après l'accès, de l'anorexie, de la sensibilité à l'épigastre, une lourdeur orbito-frontale, une grande faiblesse, enfin des symptômes d'une irritation modérée, mais permanente, des organes gastriques et céphaliques, symptômes dont la présence prouve assez qu'il n'est pas bon d'arrêter par le fébrifuge la fièvre qu'ils accompagnent, ce qui ne prouve pas qu'elle ne doive pas être arrêtée plus tard lorsque cette irritation aura disparu, soit spontanément, soit par un traitement méthodique.

Si les médecins qui ont recommandé d'attendre jusqu'au septième accès, surtout dans la fièvre

(1) Lorsque l'on tente d'arrêter après le premier accès par le quinquina, une fièvre intermittente d'été, accompagnée de symptômes qui dénotent un état permanent d'injection ou de phlogose gastro-intestinale, hépatique ou splénique, d'embarras gastrique, ou de pléthore générale ou partielle, il arrive de deux choses l'une : ou les accès sont supprimés, ou bien ils ne le sont pas. Si la fièvre disparaît, la complication augmente d'intensité ; les congestions sanguines s'aggravent toujours, de même que les embarras bilieux, par la diminution des sécrétions. Il en résulte alors des symptômes très-variés, et qui ne disparaissent bien que par le retour de la fièvre, qui amène des sueurs abondantes.

Si les accès résistent au quinquina, ils en deviennent plus violents, et la fièvre passe successivement au type rémittent, puis au continu.

Ce n'est que dans l'espèce de fièvre intermittente, où le système nerveux est plus intéressé que le sanguin, que la brusque suppression est exempte de ces accidents.

tierce, avant de songer à combattre directement l'intermittence, avaient fondé ce précepte sur l'état d'irritation des organes dans l'apyrexie, et sur ce fait, qu'à mesure que la réaction et les sueurs sont plus fortes l'intermission devient de plus en plus complète, que souvent après le plus violent accès, c'est-à-dire le quatrième ou le cinquième, la fièvre s'arrête spontanément, que le fébrifuge est bien moins facilement supporté dans les premiers jours, et qu'il peut accroître les symptômes d'irritation au point de transformer le type primitif en continu : alors le précepte aurait eu pour base l'observation de tous les temps, et il aurait pu être mis en pratique beaucoup plus utilement d'après ces données, que d'après les ténébreuses hypothèses de la coction et de l'élimination d'un principe morbifique.

Commencez, dit M. Broussais, par combattre l'irritation en accès, et qui se maintient dans les organes digestifs pendant l'apyrexie ; mettez tous vos soins à rendre celle-ci complète, c'est-à-dire, à ramener les viscères à leur état normal durant l'intermission ; et si les retours périodiques persévèrent, prescrivez le quinquina. En se conduisant ainsi, on a le double avantage d'abréger la violence et la durée des accès, et de donner le fébrifuge à coup sûr. Pour obtenir ces résultats, le médecin tiendra la conduite suivante : aussitôt que les horripilations, les bâillements, le brisement des jambes, etc., annoncent l'invasion de l'accès fébrile, il fera coucher le malade dans un lit chauffé, et s'efforcera de diminuer l'intensité de la concentration et du froid, soit en réchauffant et stimulant la peau, au moyen de frictions sèches ou huileuses, de fumigations aromatiques, d'applications chaudes, soit en calmant l'irritabilité épigastrique par quelques boissons aromatiques tièdes, quelques gouttes de laudanum, ou d'ammoniaque très-étendue. Plusieurs praticiens ont spécialement recommandé ce dernier moyen, et assurent avoir observé qu'il diminue l'intensité et la longueur du stade de froid, et, qu'employé avec persévérance, il suffit souvent pour arrêter les accès complètement : il convient principalement lorsque le premier stade est caractérisé par un froid profond avec tremblement, et par l'absence de la soif et des phénomènes de gastrite. La dose de l'ammoniaque sera de quatre à huit gouttes dans une verrée d'infusion chaude de sauge ou d'une autre plante aromatique. La ligature des membres ne sera pas un moyen à dédaigner ; il peut concourir à diminuer la concentration, en diminuant la plénitude des gros troncs veineux et donnant plus d'activité à la circulation artérielle. Si les nausées et les contractions spasmodiques de l'estomac tourmentaient le malade, quoiqu'il eût soif, il faudrait le priver de boissons, car plus il boira, plus il vomira ; on se contentera de lui faire sucer un fruit acide pour tromper la soif, et l'on combattra les vomissements par la potion de Rivière, par l'eau gazeuse acidule, par quelques gouttes de laudanum, ou par des frictions éthérées sur l'épigastre. De tous ces moyens, c'est l'eau gazeuse prise par quart de verre qui soulage le plus promptement. L'acupuncture réussirait peut-être.

Il ne faut pas croire que les boissons délayantes conviennent dans le période de froid. La soif provient alors de la sécheresse de la bouche et du pharynx, état qui provient lui-même d'une irritation spasmodique qui suspend les sécrétions et ôte à l'estomac la faculté de digérer : les boissons fades gonflent alors cet organe, qui les rejette bientôt. Une boisson légèrement stimulante, loin d'augmenter l'état de spasme des muqueuses, le diminue toujours.

Lorsque la chaleur sera développée, on permettra au malade de boire plus souvent, mais non à discrétion ; car la soif est quelquefois si vive, que l'estomac se remplirait outre mesure, et serait exposé à s'en irriter fortement par l'impossibilité où il se trouverait de digérer cette grande masse. Le malade boira donc souvent, mais en petite quantité à la fois ; et s'il veut se soulager beaucoup, il tiendra continuellement dans sa bouche de l'eau très-froide, qu'il renouvellera sans cesse. Par suite de l'agitation extraordinaire à laquelle le sang se trouve alors soumis, ce fluide a besoin, autant que les solides, d'une abondante boisson aqueuse pour tempérer les effets d'une trop forte chaleur et hâter l'apparition de la sueur.

En général, les tisanes herbacées, celles de gomme ou de fécule ne satisfont point les fébricitants ; elles leur répugnent et ne les désaltèrent pas. L'eau pure produit le même effet lorsqu'elle est tiède et de mauvaise qualité; mais si elle est froide et puisée à la fontaine, les malades la préfèrent à toute autre boisson, à raison de l'intensité de leur soif, et dans le fait rien ne leur convient mieux pendant le stade de chaleur. Mais lorsque l'on ne peut se procurer de bonne eau fraîche, on prescrira, avec avantage, en place des tisanes communes, de la bière coupée avec trois quarts d'eau, de l'eau gazeuse acidule, de la limonade crue peu sucrée, ou de l'eau panée légèrement acidulée avec le vin blanc. Ces boissons légèrement stimulantes désaltèrent bien mieux que l'eau de gomme et ne pèsent point sur l'estomac, ce qui prouve qu'il y a une grande différence entre la véritable phlegmasie gastrique et l'état d'irritation des muqueuses digestives dans la fièvre intermittente. Le petit-lait non clarifié sera permis aux individus qui l'aiment dans l'état de santé. Le kwas ou bière russe étendue d'eau serait un excellent breuvage.

Lorsque le ventre est serré et la chaleur excessive, un lavement légèrement acidulé, à la température de l'atmosphère, soulagera beaucoup, en diminuant les effets de ces deux phénomènes. On calmera les grandes douleurs frontales par des ap-

plications froides long-temps continuées sur le front. Le reste du corps sera très-légèrement couvert, mais toujours plus ou moins, suivant l'intensité de la chaleur atmosphérique et celle du malade. Je ne conseillerais point, comme *Giannini*, de plonger alors le fébricitant dans un bain froid. On ne repousse jamais sans danger d'une façon brusque et violente un effort également violent de la nature. Vouloir arrêter de force l'excessif développement du mouvement circulatoire, c'est évidemment s'exposer ou à l'anéantir subitement, ou à produire des congestions hémorrhagiques ou phlegmasiques des plus formidables.

Aussitôt que la peau commencera à s'humecter, le malade sera couvert plus chaudement, mais on se gardera bien de l'ensevelir sous un amas de couvertures sous prétexte de favoriser la transpiration: celle-ci paraîtra assez, pourvu qu'on évite tout ce qui pourrait entretenir l'irritation interne. Trop échauffer est un sûr moyen d'arrêter la sueur : on ne changera rien d'ailleurs aux boissons tant que le malade se plaindra de la soif et de la chaleur. Dans les temps humides et froids, comme la membrane muqueuse pulmonaire participe presque toujours à l'irritation, et que les symptômes de chaleur sont moins violents, les boissons seront tièdes et plus émollientes que rafraîchissantes.

Le malade ne pourra sortir de son lit que lorsque la peau cessera d'être humectée : c'est alors qu'il lui sera permis de prendre un bouillon gras, une crême féculente ou un potage, selon son degré d'appétence. Ce sentiment de besoin, lorsqu'il est réel, sera la principale règle qui devra être consultée pour l'alimentation pendant l'apyrexie. On ne refusera jamais une nourriture d'ailleurs convenable à un fébricitant qui, pendant des intermissions complètes, n'éprouvera d'autre malaise que celui de la faim, et l'on n'oubliera pas que les aliments doivent être pris de manière que la digestion en soit achevée lors du retour de l'accès suivant. Il arrive quelquefois, surtout dans la fièvre quarte, qu'au moment de l'invasion de l'accès le malade est vivement pressé par le besoin de manger. Quoique j'aie vu des individus manger dans ce cas sans en éprouver d'accident, il est beaucoup plus prudent de combattre cette sensation pathologique par un grain d'opium ou par quelques gouttes de laudanum, comme je le fais ordinairement avec succès, qu'au moyen des aliments.

Les intermissions étant parfaites et le goût naturel quoique l'appétit ne se prononce pas encore, rien ne s'oppose à l'administration du fébrifuge; tout, au contraire, en fait une loi. La poudre de quinquina et le sulfate de quinine jouissant d'une vertu égale, on pourra choisir l'une de ces deux préparations. Cependant, en général, on doit donner la préférence au sulfate de quinine, d'abord, parce que son petit volume et sa couleur n'inspirent aucun dégoût au malade, et qu'on est maître de le faire prendre sous quelque forme que ce soit; en second lieu, parce que l'estomac supporte mieux sa présence que celle de la poudre, à la quantité nécessaire pour être efficace.

D'après des observations réitérées, je me suis convaincu que, pour obtenir tout l'effet désiré du fébrifuge, il faut l'administrer aux époques et aux doses que je vais indiquer : on commencera son usage dans la fièvre quotidienne aussitôt que la sueur se sera arrêtée. Huit grains de sulfate de quinine seront nécessaires pour un adulte : on partagera cette dose en deux prises égales, incorporées chacune dans une cuillerée de sirop de gomme, de limon, ou dans tout autre véhicule adoucissant : la dernière prise sera ingérée trois heures avant le retour présumé de l'accès suivant. Six grains peuvent suffire quelquefois, tandis que dix à douze ne sont pas de trop; mais ces particularités tiennent à l'idiosyncrasie des individus et à des causes qui nous sont inconnues. Au reste, si cette première dose n'a pas eu de prise sur la fièvre, on l'augmente de deux ou trois grains dans l'apyrexie suivante : il est rare que le deuxième accès reparaisse ou n'en soit pas considérablement affaibli. Si le contraire arrivait, il faudrait en chercher la cause, soit dans la mauvaise préparation du médicament, soit dans l'existence d'une complication, qu'avec un peu d'attention on découvrira facilement. Lorsqu'un accès a manqué, on diminue chaque jour la quantité du médicament, que l'on ne cesse complètement d'administrer qu'au bout de quatre à cinq jours. Dans le type tierce la dose du sulfate de quinine doit être portée de dix à quinze grains, donnés en trois prises à la distance de quatre à cinq heures : il est assez indifférent que les doses soient inégales. Je sais qu'il est d'usage de prescrire pour la première dose une quantité du fébrifuge plus forte que celle des suivantes; mais on n'en donne aucune raison valable. Au contraire, pour ménager les organes qui conservent encore l'impression de l'accès qui vient de finir, il serait plus physiologique de commencer par la plus petite dose. Il n'en est pas de même pour la fièvre pernicieuse : la crainte que l'on a d'être prévenu par un paroxysme mortel, fait qu'on se hâte, et avec raison, d'administrer promptement une forte dose du spécifique.

Pour la fièvre quarte, beaucoup plus rebelle que celles des autres types, les doses seront encore plus fortes. Ainsi vingt grains entre chaque accès, dix chaque jour en deux prises, ne seront point une quantité exorbitante; on peut même aller plus loin sans inconvénient. Il est préférable de donner le fébrifuge (sulfate de quinine) en masse de cinq à six grains qu'à doses brisées; son action est beaucoup plus puissante lors même qu'une quantité égale est consommée dans le même espace de temps : il convient aussi de l'étendre le moins pos-

sible. Lorsque l'estomac le repousse, ce qui est infiniment rare dans une fièvre simple, on l'unit à un opiacé, ou, ce qui est préférable, on le donne en lavement ou même en friction.

La poudre de quinquina est si dégoûtante, que j'ai renoncé à l'administrer par la bouche. En lavement, délayée dans une petite quantité de véhicule, elle jouit d'une efficacité aussi grande que portée sur l'estomac, en supposant d'ailleurs que la membrane muqueuse des gros intestins soit intacte.

L'expérience m'a appris qu'il y a plus d'inconvénient à prolonger l'usage du fébrifuge après la cessation des accès qu'à le supprimer aussitôt qu'un accès a manqué; que les rechutes ne sont point prévenues par un emploi long-temps répété du quinquina; qu'il finit par irriter les membranes muqueuses gastriques, dispose à des phlegmasies chroniques de ces membranes chez les sujets irritables; et qu'il y a plus d'avantage à renouveler son administration à l'époque où l'on présume que la fièvre peut récidiver: époque variable, il est vrai, mais qui, pour les types quotidien et tierce, est assez constamment fixée entre les onzième et vingt-unième jours, et pour le type quarte, entre les vingtième et trentième.

On est d'autant plus certain que la fièvre reparaîtra, que les accès ont été plus longs et plus violents, que l'estomac a conservé plus de sensibilité, que les digestions sont plus pénibles, malgré la vivacité de l'appétit, et que le sujet, quoique sans fièvre, ne récupère pas ses forces, qu'il a des sueurs nocturnes, et qu'il ne s'est fait chez lui aucune éruption. Les organes gastriques ont encore dans ce cas une irritabilité surabondante: aussi l'impression de l'humidité, un peu de fatigue, une indigestion ou une émotion morale, rappellent la fièvre avec la plus grande facilité, que l'on ait changé ou non de résidence: celle-ci se manifeste ordinairement par des symptômes moins violents que dans le début, et par des intermissions plus franches. Le sulfate de quinine peut alors être employé de suite, mais de préférence en friction ou en lavement. Contre cet état de malaise qui précède et fait présager une rechute, on prescrira avec avantage les bains tièdes chez les personnes nerveuses; les frictions sèches, les bains de vapeur dans les constitutions lymphatiques; quelques préparations opiacées, l'application de quelques sangsues, d'après certaines indications, et surtout une grande régularité dans un régime convenable et le changement d'air (1).

Quant aux rechutes subséquentes, qui tiennent ordinairement à l'habitude ou à la difficulté de l'acclimatement, elles doivent être combattues, et promptement, par une dose de fébrifuge assez forte pour couper le deuxième accès; car il est essentiel dans cette circonstance de ne pas fatiguer long-temps les organes par un tonique, et de rompre brusquement le mouvement de concentration chaque fois qu'il veut s'établir.

M. Broussais a fait un tableau effrayant des maux qu'entraîne l'usage du quinquina; mais il a évidemment chargé ce tableau, et ne l'a composé que de l'abus que l'ignorance a pu faire de ce médicament. Il y a long-temps que les praticiens, doués de quelque jugement, savent que le quinquina ne peut pas être employé impunément toutes les fois que la fièvre intermittente est compliquée de quelque irritation viscérale ou d'un état saburral: ils savent très-bien qu'on a étrangement abusé jadis de cette écorce, au point qu'on avait compromis ses précieuses qualités, et qu'en général l'opinion du vulgaire l'accusait de *ruiner* l'estomac et de faire naître les obstructions. Dans les premiers temps de sa découverte son administration n'étant point établie sur des données certaines, les médecins du temps furent en grande discorde à son sujet. Les uns, soit par esprit de système, soit parce que réellement ils avaient observé des effets défavorables de son emploi, se déclarèrent contre lui; les autres prônèrent avec enthousiasme ses effets admirables. Les médecins les plus célèbres de cette époque prirent part à cette querelle. Frédéric Hoffmann chercha à concilier les deux parties, mais il n'y parvint qu'imparfaitement. Sydenham avoue que les revers qu'il éprouva d'abord, par suite de l'emploi de l'écorce du Pérou, ébranlèrent sa confiance en ce médicament; mais cet excellent observateur, ayant reconnu qu'il n'était nuisible que par la manière dont il était administré, s'écrie: « Quant à moi, faisant de sérieuses réflexions sur la vertu extraordinaire de ce remède, je me persuadai qu'il n'y en avait point d'aussi bon contre les fièvres intermittentes, pourvu qu'on l'employât avec les soins et les précautions convenables. » Avant la découverte du quinquina, ajoute-t-il, la fièvre quarte était incurable par les moyens de l'art. Pendant trois années, dit Lind, j'ai employé cent quarante livres de quinquina sans qu'il en résultât d'accidents consécutifs: je n'ai observé l'ictère, les obstructions et l'hydropisie, que lorsque ce fébrifuge n'avait pas été mis en usage. Mais Lind savait combattre par la saignée les complications phlegmasiques. La manière aveuglément empyrique qui préside à l'administration du quinquina dans les hôpitaux de Rome, au rapport de M. Bailly, explique assez la cause du grand nombre de nécroscopies, dont cet infatigable observateur a enrichi son histoire de la fièvre intermittente.

(1) Si l'on fait sa résidence habituelle dans un pays marécageux, on ne doit pas changer d'air à chaque fièvre dont on sera atteint, parce que l'acclimatement étant alors plus long à s'opérer, on resterait plus long-temps soumis aux effets pernicieux du pays.

Le quinquina n'est dangereux que lorsqu'il est déposé sur des organes enflammés, et par conséquent il ne l'est nullement dans la fièvre simple, lors même qu'il serait donné pendant l'accès, ce que l'on doit cependant toujours éviter, parce que s'il n'a pas ordinairement une action nuisible sur l'ensemble des paroxysmes, il en a une bien prononcée sur l'accès actuel.

On peut dire que dans les pays marécageux l'écorce du Pérou est un objet de première nécessité, dont le prix devrait être taxé rigoureusement comme celui du pain ; car, il faut l'avouer, la cupidité des pharmaciens, surtout dans les petites villes, est si connue, que les gens du peuple préfèrent avoir recours à des moyens empyriques, mais peu coûteux, pour se guérir de la fièvre, que d'aborder une officine où le sulfate de quinine se vendra 8 à 10 sous le grain.

La petite centaurée qui abonde dans la Bresse est un remède vulgaire contre la fièvre. Son amertume extraordinaire, très-analogue à celle du quinquina, est déjà un indice qu'elle doit jouir, en quelque point, des qualités de l'ecorce du Pérou. D'après des expériences assez nombreuses et que je me propose de continuer, j'ai reconnu :

1° Qu'en décoction même chargée, la petite centaurée n'avait de prise que sur quelques fièvres très-bénignes ;

2° Qu'en poudre, à fortes doses, elle était suivie de résultats assez constamment heureux dans les fièvres autres que les pernicieuses ;

3° Que cette substance étant encore plus désagréable au goût, et moins bien supportée par l'estomac que le quinquina, on devait l'administrer en lavement, mais à la dose d'une once à deux.

Si l'on parvenait à séparer la partie active de cette plante, comme on l'a fait pour le quinquina, il est probable que cette découverte aurait de grandes conséquences.

L'opium a été vanté par les plus grands particiens comme fébrifuge. Je l'ai mis en usage très-souvent, en étudiant avec soin sa manière d'agir ; et voilà ce que j'ai cru découvrir : l'opium ne paraît point agir dans la fièvre intermittente, comme le quinquina, en arrêtant le mouvement périodique, ou en le prévenant, il s'adresse seulement à l'exaltation nerveuse actuelle ; aussi est-il plus avantageux de l'employer pendant les paroxysmes qu'avant. Ainsi, il n'est point directement fébrifuge; mais il le sera indirectement en combattant les symptômes nerveux qui accompagnent si souvent la fièvre. Sous ce rapport il se joint très-bien au quinquina, et leur union est même indispensable toutes les fois que les accidents nerveux sortant de l'estomac compliquent la fièvre intermittente.

Parlerai-je des autres médicaments employés comme fébrifuges ? Lorsque l'on possède une substance qui ne trompe presque jamais l'espoir de celui qui connaît assez les fièvres intermittentes pour savoir l'administrer rationnellement, ne devrait-on pas condamner à l'oubli toutes celles qui ne possèdent la même vertu qu'à un degré très-inférieur ? Si donc j'en parle ici, c'est dans le but de rappeler que si les inventeurs de quelques fébrifuges se sont fait illusion sur l'importance de leur découverte, il est essentiel qu'ils n'abusent qu'eux-mêmes.

Ainsi le remède de Fowler, l'arseniate de soude, doit être proscrit à jamais, parce que, outre qu'il est souvent infidèle, il peut devenir un véritable poison. Le fébrifuge de la composition de M. Audouard a-t-il des panégyristes autres que l'auteur lui-même ? quelles sont les expériences qui constatent que ses qualités rivalisent avec celles du quinquina ? Je l'ai employé quelquefois dans les fièvres quartes, mais sans succès. La composition de ce médicament a été faite d'après la théorie de M. Audouard sur la fièvre intermittente. C'est un quinquina artificiel, comme celui dont parle Ettmüller, et qui eut une grande vogue : il se composait d'opium, d'alun et de noix muscade ; celui de M. Audouard est formulé ainsi :

Opium.	ʒ j.	pour 60 bols ; en prendre un toutes les 2 heures dans l'apyrexie.
Camphre.	ʒ ß	
Aloës.	ʒ ß	

Ces bols peuvent réussir quelquefois ; mais une fièvre simple, qui ne demande qu'un fébrifuge, guérira toujours plus sûrement avec le quinquina qu'avec quelque substance que ce soit ; ces bols d'ailleurs sont d'un prix aussi élevé que celui de l'écorce péruvienne.

Quant au remède de M. Peysson, les expériences tentées à son sujet sont trop contradictoires pour que nous puissions nous en tenir à l'opinion de son inventeur. J'ai essayé son administration un grand nombre de fois dans la fièvre intermittente simple, et sa vertu fébrifuge m'a paru extrêmement faible. Dans le plus grand nombre de cas, j'ai été obligé d'avoir recours au sulfate de quinine. Je serais très-porté à croire que ce remède n'agit que par le moyen de l'opium qu'il contient, comme l'a écrit M. Audouard ; dans tous les cas, j'ai retiré de l'opium seul des succès plus prononcés. Dans les névralgies périodiques non fébriles, dans celle surtout qui a son siége au-dessus de l'œil, sur l'arcade sourcilière, et qui s'accompagne souvent d'une injection sanguine de la conjonctive, fort commune dans mon arrondissement, la potion de M. Peysson a de l'avantage sur le quinquina, mais non sur l'opium, qui agit dans ce cas avec un succès égal.

Au reste voilà la formule de cette potion :

Tartre émétique.	un grain.
Sirop diacode.	℥ j.
Eau distillée de fleurs de tilleul.	℥ viij.

à prendre par cuillerées, d'heure en heure, pendant l'intermission.

La pommade stibiée du même docteur Peysson est encore plus infidèle que la potion. (1)

§ II. TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE INFLAMMATOIRE.

La pléthore sanguine générale ou partielle qui caractérise cette complication, peut être détruite par une hémorrhagie spontanée, ou par une sueur abondante après un accès violent qui termine en même temps la fièvre ; mais ces évacuations naturelles sont trop incertaines pour qu'on doive les attendre. Le médecin prudent et expérimenté, persuadé que la nature est trop souvent aveugle ou lente dans ses efforts critiques, cherchera à produire de suite ce qu'il désirerait qu'elle pût produire elle-même, afin de prévenir l'inflammation redoutable d'un organe, ou une hémorrhagie qui dépasserait le but.

En conséquence, toutes les fois qu'il existera une céphalalgie violente, ou une somnolence avec face rouge, yeux injectés, pouls plein et dur, toutes les fois qu'il y aura toux et oppression avec la même coloration, que le malade sera sujet aux crachements de sang, aux épistaxis, que la menstruation est difficile, douloureuse, supprimée ou prélude à son apparition première, lorsque enfin ces différents symptômes ne disparaissent qu'imparfaitement pendant l'intermission, on n'hésitera pas à saigner le malade avec la lancette. Le moment le plus opportun pour tirer du sang, est celui du second stade de l'accès : cependant on peut également saigner dans l'apyrexie, pourvu que la sueur ne mouille plus la peau, et que l'accès suivant soit encore éloigné ; car l'effet immédiat de la phlébotomie étant de ralentir et d'affaiblir les mouvements du cœur, il en résulterait, ou suppression nuisible de la transpiration, ou bien disposition à un refroidissement plus profond lors de l'accès suivant, c'est-à-dire disposition à une concentration plus intense sur les viscères, et aggravation de l'accès. Dans le stade de chaleur, on n'a aucun de ces inconvénients à redouter : la soustraction du sang diminue directement la sur-activité de la circulation, en même temps qu'elle combat la cause des symptômes précédents. Quant à la quantité de sang à tirer, je n'ai pas besoin de rappeler qu'elle sera déterminée par le tempérament, l'âge, la nature et la violence des symptômes, etc., et principalement par l'état des organes au moment de l'apyrexie. Quand toute irritation sanguine a cessé, que les intermissions sont parfaites, on commence la médication antifébrile. Cette médication devient quelquefois inutile, parce que le traitement antiphlogistique est alors assez souvent suivi de la guérison de la fièvre elle-même, surtout lorsque celle-ci est récente. La fièvre quarte prend ordinairement le caractère inflammatoire dans les tempéraments sanguins ; la saignée est aussi dans ce cas de toute nécessité, et le quinquina ne peut avoir un effet avantageux qu'après son emploi. J'ai vu nombre de fois des fièvres quartes anciennes chez des individus d'une constitution robuste ou au moins sanguine, céder à une seule saignée, après avoir résisté à tous les fébrifuges connus. Mais le *facies* de ces individus n'était point celui du Bressan atteint de cette pyrexie : au lieu d'une décoloration générale, d'un ventre tuméfié, inerte, d'une langueur de toutes les fonctions, on observait une chaleur habituelle de la peau, jointe à une coloration active, quoique sur un fond d'un jaune léger, une rougeur de la langue, lourdeur de tête, pouls plein ou dur, tension du ventre, engorgement douloureux du foie et plus souvent de la rate, absence d'œdème aux jambes, mais gonflement des veines des extrémités inférieures. Le quinquina ne faisait que rendre cet état plus grave, et qu'augmenter la violence des accès. M. Bailly prétend que la saignée, quoique bien indiquée, donne à l'accès suivant une plus grande intensité, et il en cite des exemples. J'ai quelquefois observé la même chose ; mais il faut ajouter que les intermissions deviennent beaucoup plus complètes. Il est des médecins qui s'opiniâtrent inconsidérément à gorger leurs fébricitants de quinquina sous toutes les formes, malgré la résistance opiniâtre que leur oppose la fièvre. Une pareille conduite ne peut qu'avoir les suites les plus funestes. On ne

(1) Le docteur Heudelet, excellent praticien et médecin de l'hôpital de Bourg (Ain), a constaté, par un grand nombre d'expériences, l'efficacité de la thridace contre la fièvre quotidienne principalement, et M. Latil-Thimécourt, médecin de l'hôpital de Trévoux (Ain), en a confirmé la vertu fébrifuge. Ces praticiens l'emploient à la dose de 12 à 15 grains par jour dans quelques onces de véhicule. Au bout de trois ou quatre jours la fièvre disparaît.

Je me suis livré aux mêmes expériences ; j'ai employé la thridace en potions, en pilules, depuis 12 jusqu'à 40 grains par jour. J'en ai donné jusqu'à 10 grains en une seule dose et sans véhicule, et je puis affirmer que non-seulement je n'ai pu constater sa vertu fébrifuge, mais même une vertu quelconque. Cependant j'ai opéré avec de la thridace préparée soit à Bourg par M. Tiersot, soit à Lyon par M. Jot, pharmaciens distingués, à la dose de 40 grains en trois prises. Une fièvre quotidienne a paru céder à ce médicament ; mais la fièvre intermittente disparaît si souvent spontanément, qu'il faut un nombre considérable de faits bien observés pour faire ranger la thridace parmi les fébrifuges du premier ordre. Je me propose de la soumettre à de nouveaux essais *.

* De nouvelles tentatives, faites pendant l'impression de cet ouvrage, m'ont prouvé que la thridace est complètement inerte contre les fièvres d'accès, du moins depuis un grain jusqu'à un gros. Je n'ai pas expérimenté avec de plus fortes doses.

doit jamais oublier que lorsque la fièvre résiste à une quantité convenable de quinquina donnée trois ou quatre fois dans les apyrexies, on doit en chercher la cause dans une phlegmasie chronique, dans un état pléthorique, ou dans un éréthisme nerveux local ou général; c'est au praticien à s'attacher à bien connaître ces complications, pour les détruire avant de songer à combattre la fièvre. Si après un examen approfondi on ne découvrait rien de pareil, il faudra chercher dans une autre substance un effet que l'idiosyncrasie de l'individu ne permet pas d'obtenir du quinquina seul, ou même mélangé. Quelquefois un changement de lieu est le seul moyen de guérison, lorsque la fièvre intermittente des marais attaque un étranger non encore acclimaté (1).

Lorsque les membranes muqueuses digestives paraissent être le siége principal de la turgescence sanguine; lorsque la rate est tuméfiée et douloureuse, si l'individu n'est pas sanguin, s'il souffre depuis long-temps, et que ses forces générales soient affaiblies considérablement, on préférera l'emploi des sangsues, appliquées soit sur l'abdomen soit à l'anus.

Non-seulement l'état de grossesse ne contre-indique point les évacuations sanguines, mais encore il les rend plus nécessaires.

M. Bailly a une telle confiance dans la saignée, que s'il était forcé de choisir entre elle et le quinquina, il se prononcerait pour la première. Les bons effets de la saignée sont incontestables, toutes les fois que le mouvement nerveux périodique s'accompagne d'une phlegmasie ou d'une injection sanguine des viscères, et cette complication doit être infiniment plus fréquente et plus intense dans les pays chauds où M. Bailly a fait ses observations, que dans notre climat tempéré : il n'est donc pas étonnant que ce médecin donne la préférence à la phlébotomie comme médication préliminaire indispensable. Mais pour nous, elle ne nous a pas paru aussi nécessaire, et nous n'oserions essayer de faire avorter la fièvre par une saignée poussée jusqu'à la syncope, et immédiatement suivie d'un purgatif (2). « Le quinquina, dit-il, vrai charlatan parmi les médicaments, guérit l'apparence et non le fond de la maladie, au moins dans la plus grande partie des cas, car j'en excepte toujours les fièvres intermittentes pernicieuses. »

(1) Dire avec M. Récamier et d'autres médecins que certaines fièvres ont un cours nécessaire, uniquement parce qu'elles sont rebelles à plusieurs méthodes de traitement, et qu'elles se terminent spontanément, c'est vouloir, ce me semble, créer sans motifs suffisants des fièvres d'une nature particulière.

(2) Une forte dose de sulfate de quinine à la suite d'une pareille évacuation sanguine, est beaucoup plus certaine dans ses effets et n'a aucun des inconvénients des purgatifs.

N'y a-t-il pas un peu de contradiction dans tout cela? Si la saignée convient si bien pour le fond de la maladie, son efficacité doit-elle diminuer en raison de la gravité des symptômes? n'est-ce pas dans les organes de ceux qui ont succombé à la fièvre pernicieuse que M. Bailli nous a montré les phlegmasies les plus profondes et les plus étendues? et la saignée a-t-elle moins de prise sur ces lésions que sur celles qui sont beaucoup plus légères? Si l'auteur me répondait que le mouvement nerveux intermittent doit seul alors fixer notre attention, et que c'est lui qui menace les jours du malade, il devrait convenir que l'accessoire d'une maladie ne se comporte pas ainsi, et que si le quinquina sans le secours de la saignée peut guérir radicalement, son charlatanisme est de bon aloi, et qu'il tient tout ce qu'il promet. Au reste, nous verrons plus tard que la saignée est toujours indiquée, quelque caractère que présente la fièvre, lorsque l'existence d'un état inflammatoire est bien reconnue.

Le sang tiré d'un fébricitant ne se couvre d'une couenne que dans cette complication.

Dans une fièvre de longue durée, chez le Bressan, une saignée serait suivie de l'enflure.

§. III. TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE BILIEUSE OU GASTRIQUE.

A. *De l'embarras gastrique.*

Lorsque dans l'intermission de la fièvre, quelque soit d'ailleurs son type, on observe le dégoût, l'amertume de la bouche; lorsque en même temps la langue est large, humide, sans développement des pupilles; la soif nulle; l'épigastre et le ventre souples et mous, non douloureux à la pression, lors même qu'ils seraient le siége d'une pesanteur ou d'une douleur sourde; enfin, quand il existe cette série de symptômes que nous avons plus haut attribués à l'embarras gastrique, il faut, sans hésiter, provoquer le vomissement à l'aide d'un ou deux grains d'émétique. Un grain délayé dans une demi-verrée de liquide est ordinairement assez puissant pour faire rejeter par le vomissement une plus ou moins grande quantité de bile jaune, verte, brunâtre, liquide ou en grumeaux, d'autant plus épaisse et fétide que les symptômes bilieux sont plus anciens. Souvent j'ai vu rendre aux malades des quantités énormes d'une matière poisseuse, ou semblable à de l'huile de poisson, d'une grande puanteur, et jointes à des vers lombrics : le bien-être qu'ils en éprouvent immédiatement est merveilleux; tous les symptômes d'embarras gastrique ont disparu, et quelquefois la fièvre avec eux; quelquefois aussi l'accès suivant est plus violent. Dans tous les cas, si les symptômes de saburre persistent, il faut revenir sans crainte à l'émétique; il est rare qu'une troisième dose soit nécessaire. Lorsque les

accès fébriles se maintiennent après la destruction des symptômes bilieux, quelques prises de sulfate de quinine en triomphent aisément.

Tant que cette complication se soutient, l'administration du fébrifuge n'a aucune prise sur la fièvre, si ce n'est pour l'aggraver. Dans les cas où il parvient à la supprimer, l'individu reste languissant, dégoûté, sans appétit, avec un teint jaune, jusqu'à ce qu'elle reparaisse de nouveau et plus tenace, ce qui ne tarde guère à arriver.

L'émétique n'est ordinairement indiqué et nécessaire que dans la classe du bas peuple, dont les organes gastriques sont doués d'une irritabilité beaucoup plus obtuse que chez les individus d'une classe supérieure, chez lesquels le système nerveux général et celui des voies digestives ont été développés par le travail de l'intelligence, et les aisances de la vie poussées jusqu'au luxe ou à l'abus.

Il y a quelques années que le traitement de la fièvre intermittente, du moins dans la Bresse, était encore invariablement établi sur la méthode préliminaire et obligée, vomitive et purgative, complétée par l'administration consécutive du quinquina, dont on prolongeait l'usage avec une persévérance souvent bien déplorable. Cette méthode était beaucoup moins nuisible qu'on ne pourrait le croire à cette époque, parce que la complication bilieuse était plus fréquente que de nos jours, et par les raisons indiquées dans le chapitre premier.

L'embarras gastrique est une lésion gastro-humorale extrêmement commune dans les pays marécageux, tempérés ou froids; car les mêmes causes qui produisent une gastrite franche chez les individus irritables ou soumis à l'influence des grandes chaleurs, ne pourront développer chez le faible habitant des marais de la Bresse ou de la Sologne, qu'une inflammation bâtarde, si je puis ainsi m'exprimer. En effet, la phlegmasie paraît vouloir s'établir sur les organes gastro-hépatiques; la membrane muqueuse est injectée, le foie tuméfié, mais la laxité et le peu d'activité des capillaires vasculo-nerveux, ne lui permettent pas de se soutenir et de parcourir régulièrement ses périodes: la résolution ne s'opère pas, les capillaires restent distendus, les fluides séro-sanguins stagnants en partie ou circulant trop lentement, engouent les organes et sont imparfaitement élaborés; la sécrétion mucoso-biliaire est quelquefois arrêtée; d'autres fois, quoiqu'elle soit augmentée, elle n'amène aucune amélioration, parce qu'elle est entretenue par cette irritation ou plutôt cet engorgement chronique, et que ses produits peu ou point expulsés deviennent corps étrangers, et, à leur tour, cause matérielle permanente de la lésion organique.

Cet état des voies digestives existe sans fièvre, et même sans provoquer la soif; il précède souvent la fièvre intermittente, d'autres fois il se manifeste après plusieurs accès, caractérisés par des symptômes d'irritation gastro-hépatique aiguë. L'ipécacuanha, et surtout le tartre stibié, sont, sans contredit, le remède le plus prompt et le plus assuré de l'embarras gastrique. L'expérience journalière et le raisonnement le prouvent, du moins à moi, avec la dernière évidence. L'irritation qu'un vomitif exerce sur les follicules muqueux, sur l'organe hépatique et sur les muscles qui concourent à l'acte du vomissement, amène un dégorgement rapide et considérable de ces parties, en même temps que le réveil des autres sécrétions, dépendant du mouvement perturbateur général, s'oppose au retour de l'engorgement.

Lors même qu'il n'existe pas de symptômes bilieux et saburraux, si la fièvre existe depuis longtemps, si l'appétit est languissant, le ventre-bouffi, avec absence des signes d'une phlegmasie gastrique, l'émétique est encore indiqué comme moyen perturbateur très-capable de rompre l'habitude vicieuse des mouvements périodiques de concentration, en même temps qu'il combat directement l'état d'engouement des membranes muqueuses gastriques, et celui des deux principaux viscères parenchymateux qui existe toujours en pareil cas. Il peut arriver, quelquefois, que n'ayant pas bien calculé le degré d'irritation de l'estomac, des symptômes de gastrite succèdent à l'administration du vomitif; mais cette phlogose commençante sera promptement détruite par une application de douze à vingt sangsues, et même moins.

On a cru que le tartre stibié jouissait d'une vertu antifébrile spécifique. M. Peysson l'emploie en frictions, et dans son esprit il le place hardiment au-dessus du quinquina. J'ai essayé cette méthode un grand nombre de fois, mais j'ai été si malheureux que jamais je n'ai pu arrêter une seule fièvre par ce moyen.

Le docteur Arnal de Montpellier donnait l'émétique uni à la thériaque, à la dose d'un quart de grain toutes les quatre heures: les premières doses faisaient vomir, les autres donnaient à peine des nausées, et emportaient la fièvre. La potion du docteur Peysson a beaucoup d'analogie avec ce mélange d'Arnal.

D'après l'opinion de M. Bailly, l'émétique n'agit que comme perturbateur; il ne s'oppose à la répétition des accès fébriles qu'en usant les forces nerveuses, et jamais en évacuant des matières saburrales.

Il est très-rare qu'on fasse usage de l'émétique d'une manière empirique et perturbatrice pour guérir une fièvre intermittente; c'est principalement comme évacuant, et sur des indications précises qui forment une complication, qu'il doit être employé. L'accusation d'humorisme lancée trop sou-

vent légèrement, ne m'empêchera point de penser et d'écrire, que l'émétique, en faisant disparaître constamment les symptômes d'embarras gastrique, agit autant en évacuant des matières viciées, en augmentant la sécrétion des organes lésés, qu'en provoquant une réaction générale. Si M. Bailly n'a jamais vu cet état, qu'avec les grands praticiens j'appelle état saburral, embarras gastrique, qu'il se transporte dans tous les hôpitaux de la Bresse, et il se convaincra bientôt de la vérité de tout ce que j'ai avancé à ce sujet dans ce mémoire, et dans un autre inséré dans le bulletin de la Société médicale d'émulation (août 1823).

M. Bailly, fortement imbu de l'opinion des Italiens sur le mode d'action des médicaments, n'attribue à l'émétique et aux purgatifs qu'une qualité déprimante, ou contre-stimulante. « Les purgatifs, dit-il, tels que le calomel, les sels neutres, m'ont si souvent réussi, au début d'une maladie, pour faire avorter une violente fièvre intermittente pernicieuse, que je ne connais rien de si convenable, lorsque toutefois le malade a été en quelque sorte saigné jusqu'à la syncope (1). La congestion qui s'établissait est dérangée ; elle se porte et s'use sur les intestins. En quelques instants l'individu est guéri comme par enchantement, mais il ne faut pas être timide : il faut enlever de suite quinze, vingt, trente *livres* de sang (2) ; donner immédiatement le purgatif, et si la fièvre revient... » Comment! la fièvre peut encore revenir! voilà pourtant une thérapeutique expéditive. Le remède de Leroy ne serait donc pas si mauvais, car il peut, sans contredit, *user* sur les intestins toutes les congestions possibles.

Je suis tellement éloigné d'adopter une pareille manière de voir sur les purgatifs, que je les regarde en général comme les moins convenables de tous les médicaments, dans la fièvre intermittente, excepté dans quelques cas d'engouement intestinal et d'infiltration, et j'ai observé bien souvent qu'ils *usaient* plutôt les intestins eux-mêmes que la congestion vasculo-nerveuse périodique. Ainsi, de même que l'émétique, il faut prescrire les purgatifs comme évacuants et dérivatifs, d'après des indications reconnues et admises généralement, et non sur des idées systématiques comme celles qui nous viennent des pays étrangers.

B. *Traitement de la Fièvre intermittente bilieuse, compliquée de gastro-hépatite.*

Lorsque les symptômes bilieux ou saburraux coexistent avec ceux d'une irritation sanguine de la membrane muqueuse gastrique, tels que douleur et chaleur épigastriques, langue rouge, alongée, couverte d'un enduit mince, jaunâtre, se séchant facilement, soif, désir des boissons froides et acides; chaleur de la peau, pouls vif et serré; et que ces phénomènes persévèrent dans l'apyrexie, quoique à un moindre degré, on se gardera bien de provoquer le vomissement, malgré l'amertume de la bouche, le dégoût et même les nausées et les vomissements bilieux spontanés qui signalent ordinairement le retour de chaque accès; c'est bien alors qu'on jouerait à quitte ou double. La présence de la bile n'est ici qu'un phénomène secondaire, entièrement subordonné à l'irritation inflammatoire aiguë gastro-duodénale, et à la turgescence sanguine du foie. C'est cet état qui doit être combattu avant tout, non comme l'embarras gastrique, par des stimulants évacuants, mais par les antiphlogistiques directs; par la saignée, lorsque les symptômes sont violents, et le sujet d'une constitution robuste et sanguine; mais le plus ordinairement par les sangsues, appliquées sur les points douloureux de l'abdomen, au nombre de quinze, vingt, vingt-cinq et même trente et plus. Ces applications, qu'on fera toujours suivre de celles de cataplasmes émollients, seront faites pendant le stade de chaleur: l'écoulement du sang s'opère mieux, le malade supporte plus facilement alors une perte considérable de ce liquide, et la phlogose en est plus promptement détruite.

La saignée générale est loin d'être aussi efficace, surtout lorsque les symptômes bilieux sont bien prononcés; je l'ai trouvée même quelquefois plus nuisible qu'utile; elle convient rarement chez le Bressan; elle affaisse ses forces et rend les congestions abdominales plus fortes. C'est à l'occasion des gastro-entérites bilieuses, que Stoll prescrivait la saignée avec parcimonie, et qu'il avoue qu'après une longue pratique, il avait reconnu qu'elle favorisait le développement des symptômes bilieux, ce qu'il croyait avoir expliqué, en disant que le sang est le frein de la bile. Mais l'explication, quelque insignifiante qu'elle soit, ne détruit point le fait, et celui-ci a été constaté par tous les praticiens, et surtout par ceux qui ont exercé leur art dans les pays humides et marécageux. Pour mon compte, j'ai eu rarement à me louer d'avoir saigné dans toute maladie compliquée de symptômes bilieux bien prononcés, même dans la pneumonie, à moins que le malade ne fût doué d'une constitution sèche et sanguine, et que la température ne fût très-chaude et très-sèche; tandis que les sangsues n'ont jamais trompé mon attente. Ce traitement, d'ailleurs, doit être secondé par une diète absolue, et les boissons froides acidulées.

L'irritation gastrique ainsi attaquée disparaît

(1) M. Bailly aurait bien dû nous donner quelques observations détaillées de ce genre de médication, et il le devait, dans un ouvrage consacré à la fièvre intermittente pernicieuse. Il n'en cite pas une seule.

(2) Il y a là certainement une faute typographique, *livre* pour *once*.

promptement, et quelquefois avec elle les symptômes bilieux, et les accès fébriles eux-mêmes. Dans tous les cas, l'intermission devient plus complète. Si les signes d'embarras bilieux persistaient seuls, on les combattrait sans crainte par l'émétique, comme il a été dit plus haut. Il arrive fort souvent que les symptômes de saburres ne se montrent que lorsque le traitement antiphlogistique a triomphé de la phlogose gastrique aiguë, tant l'état de relâchement et d'engouement des capillaires succède facilement à celui de leur sur-excitation, dans les constitutions molles et inertes des habitants de la Bresse.

C'est surtout dans cette complication que les malades éprouvent une céphalalgie frontale désolante, que le retour des accès porte au dernier degré d'intensité. Ce sont encore les sangsues qui calment le mieux cette douleur, appliquées sur l'épigastre ou aux narines. Si elle persiste, après leur emploi, et lorsque la gastrite est enlevée, l'émétique la détruira. Lind vante beaucoup, dans ce cas, l'usage de l'opium donné dans le commencement du stade de chaleur, et le vésicatoire entre les épaules. Je n'ai jamais employé le vésicatoire, mais très-souvent le laudanum à la dose de douze à quinze gouttes. Dans le plus grand nombre de cas, ce narcotique a calmé la céphalalgie et la fatigue d'estomac qui suit les vomissements, lorsqu'elle avait résisté aux moyens précédents (1).

Une fièvre intermittente gastro-bilieuse, qui se prolonge et s'aggrave par suite d'imprudence dans le régime, ou de l'emploi prématuré des évacuants et des toniques, prend le type rémittent et même le continu; la gastro-entérite devient chronique, le foie s'engorge et la rate encore davantage; le diarrhée survient, la peau devient jaune, et une infiltration séreuse plus ou moins générale ne tarde pas à se joindre à tous ces accidents. Pour prévenir des lésions aussi graves, il faut se hâter de mettre tous les stimulants de côté; employer les sangsues en petit nombre, soit à l'anus, soit sur les points les plus douloureux de l'abdomen, mais y revenir plusieurs fois; donner des boissons gommées, acidulées, légèrement nitrées, des lavements émollients, et quelques crêmes féculentes pour nourriture. Aussitôt que les symptômes de phlogose commencent à se dissiper, on attaque les accès fébriles au moyen de frictions de sulfate de quinine, et avec des lavements contenant le même sel si le gros intestin est intact, car l'estomac ne peut point encore admettre ce médicament. Si, méconnaissant l'état des voies gastriques, on voulait poursuivre la fièvre sur ce viscère, on ne ferait que donner à la phlogose plus de tenacité, et il en résulterait tous les maux que M. Broussais s'est plu à reprocher au quinquina. C'est alors qu'il existe une véritable gastrite ou gastro-entérite, une hépatite, etc., cause des retours interminables des accès de tous les types qui surviennent à toute heure.

Lorsque le praticien juge que les lésions organiques sont trop avancées (et, à cet égard, on ne peut point assigner de règles et de limites précises), il s'en tiendra aux adoucissants à l'intérieur; mais il doit essayer d'enrayer les paroxysmes à l'aide des frictions de quinine, ou de teinture de quinquina. Au reste, je renvoie au dernier chapitre de cet ouvrage pour tout ce qui regarde les lésions organiques des viscères du bas-ventre, les obstructions et l'enflure.

Les fièvres intermittentes compliquées de phénomènes gastro-bilieux aigus ne règnent que dans l'été, et leur violence est toujours proportionnée à l'intensité des chaleurs. Aussi dans les pays chauds, marécageux, et même dans la Bresse, dans certaines années remarquables par l'ardeur de l'été, comme l'année 1822, un accès de fièvre gastro-bilieuse ressemble à la fièvre jaune. Mais, dans ce cas, la fièvre est rémittente, une apyrexie complète est impossible; et c'est alors que vingt-cinq à trente sangsues sur l'épigastre sont nécessaires, de même qu'une diète absolue.

Dans tous les cas, la convalescence est toujours longue et les rechutes fréquentes. C'est alors qu'il faut bien se garder d'un régime tonique et trop substantiel. Toutes les substances amères, les vins fortifiants, et en général toute la classe des stimulants, doivent être prescrits, ainsi que les consommés et le régime animal pur. On croit, en prescrivant un pareil plan de conduite, prévenir le retour de la fièvre, et on fait tout pour la rappeler; il n'y manque que quelques purgatifs, pour compléter une récidive de toutes les lésions antécédentes. Lorsqu'une gastro-entérite, même violente, a été combattue et détruite promptement, la membrane muqueuse a plus de tendance à tomber dans l'inertie qu'à s'enflammer de nouveau; alors si les toniques légers ne sont pas utiles, ils ne sont pas non plus nuisibles; mais il n'en est pas de même d'une irritation long-temps prolongée, surtout lorsqu'elle est autant nerveuse qu'inflammatoire : les organes en contractent une irritabilité habituelle qui leur rend insupportables les plus faibles stimulants, de même qu'une alimentation trop forte, quoique l'appétit soit assez souvent plus vif qu'il ne l'était d'ordinaire. Loin donc d'avoir besoin de tonique, l'estomac ne demande qu'à être ménagé et calmé; c'est dans ces cas que les frictions et onctions, dont les anciens faisaient avec succès un si fréquent usage, seraient parfaitement indiquées; elles favoriseraient une distribution plus régulière et plus générale de l'influence nerveuse, et, par suite, fe-

(1) La céphalalgie frontale étant constamment sympathique de l'état d'irritation gastrique, il n'est pas étonnant que les opiacés la calment, ce qui n'arrive jamais dans une phlegmasie cérébrale idiopathique.

raient cesser la tendance aux concentrations épigastriques ; les bains tièdes, les eaux gazeuses acidulées, un régime doux, un exercice modéré y joindraient leur effets calmants, et feraient autant de bien que les toniques font de mal (1).

Lorsque l'irritation gastrique qui accompagne la fièvre intermittente se borne aux follicules muqueux, tous les symptômes prennent une lenteur remarquable ; c'est la fièvre muqueuse des auteurs : elle ne demande jamais le traitement actif antiphlogistique de la fièvre précédente : après quelques jours d'un traitement délayant, on peut prescrire le fébrifuge. Le gonflement de la rate et l'infiltration qui la compliquent assez souvent, seront combattus par les moyens que j'indiquerai dans le dernier chapitre (2).

§ IV. TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE.

Avant d'établir le traitement d'une fièvre intermittente pernicieuse, il est nécessaire de connaître au plus juste la gravité de l'accès, et l'état des organes dans l'apyrexie. Si dans le moment de l'intermission il existe des signes non équivoques d'un état inflammatoire intense ou très-étendu, il faudra combattre cet état promptement et vigoureusement, et donner immédiatement après le fébrifuge. M. Bailly recommande, dans ces circonstances, de tirer jusqu'à trois livres de sang. Un Irlandais (*voyez* page 330 de son ouvrage) est atteint d'une fièvre avec une douleur de tête si violente qu'il la compare à celle que ferait éprouver une lance rouge qui traverserait le cerveau. M. Bailly lui fait une saignée d'une livre, l'accès reparaît avec une force encore plus grande. Aussitôt l'accès passé, on lui tire une autre livre de sang, et on lui donne un mélange composé de vingt grains de calomel et de dix grains de sulfate de quinine, en deux fois dans l'espace de deux heures, et tout le reste du jour, cinq grains du même sel, de deux en deux heures. Il y eut six évacuations alvines, et la fièvre ne reparut plus. Le malade aurait-il aussi bien guéri sans la saignée, du moins sans la seconde? Le calomel était-il bien nécessaire? Je ne trouve pas dans cette observation des signes assez évidents d'un état inflammatoire du cerveau, pour nécessiter la soustraction de deux livres de sang. On reconnaît dans la guérison l'action puissante du sulfate de quinine, surtout lorsqu'il est donné à une certaine dose ; mais on doute que le calomel y ait concouru. Je ne conseillerai jamais, lorsqu'un accès a été d'une grande intensité, d'en attendre un second, surtout après une saignée. Lorsque celle-ci est indiquée, il faut la faire, autant que possible, dans le paroxysme, et profiter de l'intermission suivante pour administrer le fébrifuge. On doit toujours se rappeler qu'un second accès peut être mortel, et que la saignée augmente presque toujours l'intensité des concentrations périodiques.

Toutes les fois que dans un accès pernicieux la réaction s'est bien opérée, il faut combattre immédiatement les accidents qui existent actuellement; ainsi les symptômes de gastrite, arachnitis, pleurésie, etc., seront attaqués directement, soit par la saignée, soit par les sangsues.

Mais lorsque le deuxième stade ne se développe pas, ou avec peine; que le malade est dans un état de stupeur profonde, qu'il est dans une espèce d'agonie, il serait très-dangereux de soustraire du sang : on doit s'en tenir à des stimulants extérieurs, et administrer le fébrifuge sans délai dans l'apyrexie.

Lorsque les symptômes du paroxysme partent de l'estomac, il ne faut jamais administrer le fébrifuge par la bouche, ou si l'on y est forcé, on l'unira à un narcotique.

En général, le danger de la fièvre intermittente pernicieuse se trouvant dans la violence du mouvement de concentration nerveuse, il faut aller au plus pressé et combattre promptement les retours de ce phénomène. On pourra plus tard, s'il est nécessaire, s'occuper de la lésion matérielle, à moins que celle-ci ne soit une inflammation grave et préexistante à l'accès; car dans ce cas, il faut nécessairement commencer par elle.

La dose du fébrifuge doit varier suivant le type de la fièvre, la violence des paroxysmes et l'espèce de préparation du quinquina. Dans le type quotidien, deux prises de poudre de quinquina à la dose de deux gros chacune, suffiront, ou bien douze ou quinze grains de sulfate de quinine : si les premiers accès sont effrayants par leur intensité, on portera la poudre à une once, et le sel à vingt grains, en trois prises. Dans le type tierce on augmentera la dose d'un tiers, et dans la fièvre quarte d'une moitié. On partagera le fébrifuge en doses égales, ni trop fortes ni trop faibles : en général, on ne doit pas donner plus de deux gros de poudre de quinquina ou six grains de sulfate de quinine à la fois par la voie de l'estomac, afin d'éviter le vomissement ou l'irritation gastrique, et moins d'un demi-gros de poudre et de trois grains de sulfate; parce que l'expérience a appris que le quinquina à doses

(1) On pourra retirer de grands avantages des bains tièdes alternés avec des frictions sèches ou huileuses ; le lait d'ânesse est aussi très-bien indiqué. On se gardera avec soin de l'humidité et de la fatigue musculaire.

(2) Il arrive quelquefois qu'à chaque accès le malade est tourmenté par une toux sèche, continuelle, accompagnée de dyspnée, et qui se prolonge même dans l'apyrexie. Le meilleur moyen pour faire cesser ce symptôme fatigant, est d'appliquer un large vésicatoire entre les épaules, qu'on ne lève pas avant le quatrième jour, et qu'on remplace ensuite avec un emplâtre de diachylon.

brisées n'avait jamais une action aussi puissante à quantité totale égale, qu'à doses plus fortes et moins rapprochées.

Dans les cas ordinaires le fébrifuge sera administré dans un véhicule inerte comme l'eau. Tous les mélanges stimulants, comme le vin, doivent être mis de côté ; ils ne peuvent qu'entraver la médication de l'écorce du Pérou, la seule qu'on cherche à obtenir. Il n'est qu'un seul mélange qui doive être toléré et même prescrit dans les cas d'irritation nerveuse générale ou locale, même dans l'apyrexie, c'est celui de l'opium à la dose d'un ou deux grains, avec le quinquina ou ses préparations.

Le quinquina pris deux heures avant un accès n'ayant presque jamais de prise sur celui-ci, et augmentant même ordinairement sa violence, on fera en sorte que toute la quantité nécessaire dans une intermission soit consommée trois heures avant le retour présumé de l'accès.

Les doses que j'ai indiquées sont en général suffisantes dans les pays tempérés; dans les pays chauds elles seraient quelquefois trop faibles. *Torti* et plusieurs autres ont fait prendre jusqu'à six gros à la fois de poudre de quinquina, et quelques praticiens sont allés jusqu'à une demi-livre, dans une apyrexie de fièvre quarte, et, ont-ils dit, avec succès. Je ne nie point la vérité de tous ces faits; mais je suis convaincu qu'en France on n'est jamais obligé de donner une si grande quantité de quinquina, et qu'on ne le ferait pas impunément.

On doit se faire une nécessité d'arrêter le plus promptement possible des accès pernicieux, parce que, outre que le malade peut périr au milieu d'un paroxysme, chacun de ceux-ci produit une telle dépense d'influence nerveuse générale, et une telle irritation, qu'il peut en résulter les suites les plus déplorables pour la santé à venir, pour peu qu'ils se répètent.

Lorsqu'il existe des symptômes bien prononcés d'embarras gastrique, on ne craindra pas de faire précéder l'usage du quinquina par celui d'un vomitif; mais dans aucun cas on ne prescrira des purgatifs.

Dans le cas où un accès serait marqué par des mouvements convulsifs ou tétaniques, on plongera le malade avec succès dans un bain tiède. On pourrait tenter l'acupuncture dans le cas de douleur locale très-vive. L'analogie fait croire que ce moyen pourrait apaiser la douleur; mais je ne puis en citer aucun exemple. L'extrait de belladone, à la dose progressive de quatre à dix grains, a été employé avec succès dans des cas analogues.

§ V. TRAITEMENT DE LA FIÈVRE RÉMITTENTE.

La fièvre rémittente du printemps et d'été, dans son état de bénignité, est toujours gastrique ou inflammatoire, et le plus souvent compliquée de ces deux états. La complication gastrique aiguë se traite d'abord par les sangsues sur l'épigastre, et après leur emploi, si les symptômes d'embarras bilieux et saburral persistent ou surviennent, on les combat par les moyens indiqués plus haut : ce qui suppose que la fièvre a passé au type intermittent.

La complication inflammatoire non circonscrite, demandera la saignée, préférablement aux sangsues, chez les sujets jeunes et sanguins, surtout dans le printemps et le commencement de l'été, époque où la fièvre intermittente, comme nous l'avons déjà dit, n'a pas d'intermissions franches. Quoiqu'il n'existe aucun symptôme d'inflammation circonscrite, la peau reste chaude, la tête lourde, l'épigastre sensible, les lombes brûlantes, la langue un peu rouge, le pouls accéléré; enfin il reste un malaise général. Cette fièvre n'est appelée rémittente que par la persistance de ces symptômes dans l'apyrexie : pratiquez une saignée de douze à dix-huit onces, le type intermittent survit seul, et cède promptement au quinquina.

Lorsque ces mêmes symptômes inflammatoires locaux ou généraux existent à un haut degré, on ne doit point redouter les évacuations sanguines copieuses dans le premier septenaire, car il est de la plus grande nécessité de détruire une complication qui, en se prolongeant et devenant, chronique, éternise les rechutes et devient un jour funeste au malade. D'ailleurs, que peut-on opposer aux accès tant qu'elle existe ? rien absolument, car le fébrifuge ou ne serait qu'un palliatif trompeur, ou bien aggraverait de suite tous les symptômes. Les évacuations sanguines préliminaires, dans les circonstances que nous avons spécifiées, n'ont aucun inconvénient majeur : car si, d'une part, elles sont susceptibles d'augmenter quelquefois les retours périodiques de concentration, d'une autre part, elles détruisent une inflammation qui fait tendre la fièvre à la continuité; transformation bien plus à craindre que les accès les plus pernicieux, quand ils sont réduits au type intermittent, puisque nous possédons une arme assurée contre cette dernière et non contre l'autre.

Mais, dit avec raison M. Broussais, il ne faut point s'opiniâtrer à opposer aux redoublements des applications de sangsues : on obtiendrait, à la vérité, la diminution des accidents; mais ils reparaîtraient le lendemain avec une intensité nouvelle, et la vie du malade serait compromise. Ceci prouve que l'assertion de M. Bailly est très-vraisemblable lorsqu'il dit que c'est le mouvement nerveux périodique qui pousse le sang dans les organes; qui les injecte; que la saignée combat uniquement cette injection, c'est-à-dire l'effet du mouvement fébrile; mais qu'à chaque redoublement, cette injection ayant lieu de nouveau, on rendrait le malade exsangue, que la dernière goutte de sang serait encore poussée dans l'organe qui est l'aboutissant de la concentration, si l'on n'attaque pas d'une autre

manière le déplacement nerveux qui constitue l'essence de la fièvre intermittente.

Revenons à M. Broussais : « Tant qu'il y a plénitude des vaisseaux sanguins, vive coloration de la peau, rougeur et contraction de la langue (1), on peut combattre les redoublements par les applications de sangsues à l'épigastre et par les boissons adoucissantes, en faisant observer une diète rigoureuse ; mais aussitôt qu'on a bien constaté le retour des redoublements, malgré la diminution des signes qui viennent d'être énumérés, il faut abandonner le traitement antiphlogistique. Il n'y a point ici irritation pure et simple de la membrane muqueuse des voies gastriques ; l'irritation plus étendue paraît résider dans l'encéphale et les nerfs splanchniques, ou plutôt dans le trépied viscéral, tête, poitrine et abdomen, dont elle occupe les tissus capillaires nervoso-vasculaires : car elle ne saurait être purement nerveuse (2) ; elle y est continue, mais l'influence des alternatives du froid au chaud (3), lui a donné un caractère de réduplication périodique, qui menace ces tissus d'une congestion funeste: pour la prévenir, il faut de suite opérer une révulsion sur la muqueuse de l'appareil digestif, ou sur la peau, par le sulfate de quinine (4): on l'administre à la dose de trois à dix grains, dans un véhicule adoucissant, et par cuillerées, d'heure en heure, aussitôt que le redoublement a cessé, soit qu'il y ait eu ou non de la sueur. Si le malade avait une vieille gastrite avant l'état aigu, on doit faire frictionner toutes les heures la peau, dans toute son étendue, excepté à l'épigastre et à la poitrine (5), avec la teinture alcoolique de quinquina; si la colite n'existe pas, on y joindra un lavement avec deux ou trois grains de sulfate de quinine, chaque trois ou quatre heures. Si la colite a lieu et que les lavements soient rejetés, il vaut encore mieux administrer le sulfate de quinine par la voie de l'estomac, que de se borner aux frictions. Le fébrifuge cause quelquefois de la douleur, et un renouvellement de phlogose ; mais les redoublements étant arrêtés, on revient aux sangsues sur les points enflammés. Au reste, la gastrite que l'on produit, dût-elle devenir funeste à une époque plus ou moins éloignée, elle vaudrait toujours mieux que la congestion intermittente qui peut tuer en un instant.

» Si le médecin est appelé après plusieurs jours d'invasion, pendant un accès extrêmement violent, rapproché de l'agonie, avec un pouls petit, intermittent, la face cadavéreuse, la perte de connaissance, qu'il se garde bien d'appliquer des sangsues, surtout si le malade a déjà supporté des pertes de sang, et quand même il aurait paru s'en bien trouver. Ces grands accès qui succèdent ainsi à d'autres que la saignée avait améliorés, deviennent funestes, si le sang coule de nouveau. Mais comme, d'une part, la congestion est excessive dans les viscères, les stimulants ne seraient pas sans inconvénient, déposés dans le centre épigastrique, au milieu des nombreux plexus actuellement sur-irrités ; voici ce qu'il faut faire: on appliquera des rubéfiants à la partie interne des cuisses, des jambes et même des bras; l'action des cantharides est trop lente pour des cas aussi urgents; on préférera l'ammoniaque, ou des vessies remplies d'eau très-chaude; on prescrira des pédiluves et des manuluves sinapisés ; en même temps on fera frictionner le dos et les lombes avec la teinture de quinquina, que l'on pourra animer avec un sixième de teinture de cantharides, si les gros intestins ne sont pas enflammés, et on y joindra des lavements avec le sulfate de quinine (1); et aussitôt que le malade sera revenu de son accès, on administrera cette substance à doses pressées, par la voie de l'estomac, à moins que ce viscère ne conserve une trop forte irritation, auquel cas on devrait se contenter des frictions et des lavements *quinacés*. En somme, si l'on se croit obligé de donner la quinine à l'intérieur, malgré la gastrite, on la suspendra aussitôt que les accès auront diminué, pour achever la cure avec les lavements à la quinine, et les frictions de quinquina. » (*Annales de la Méd. physiol.*, numéro d'octobre 1823.)

On voit que M. Broussais est un praticien trop

(1) La rougeur et la contraction de la langue, quand elles existent seules, ne contre-indiquent pas l'administration du fébrifuge ; car ces deux symptômes persistent assez souvent, malgré un traitement antiphlogistique poussé même à l'excès.

(2) Certainement l'irritation ici n'est pas purement nerveuse, mais le principe du redoublement a ce caractère ; le reste lui est subordonné.

(3) De quelles alternatives M. Broussais veut-il parler ? de celles du froid et du chaud de l'atmosphère ? mais beaucoup de malades ne les ont point ressenties. D'ailleurs, dans son début la fièvre n'a souvent que des rémissions obscures; ce n'est que plus tard que les paroxismes se prononcent. Les malades ont-ils alors été exposés, dans leur lit, aux variations de la température?

(4) Vous annoncez que les voies digestives sont surirritées, et vous portez sur elles un stimulant révulsif ? N'est-ce pas jouer à quitte ou double ? Mais qu'on se rassure, la révulsion ne se manifeste pas plus clairement sur la muqueuse que sur la peau. Nous traiterons cette question dans son temps.

(5) L'exclusion de ces régions n'est fondée sur rien; car si la matière des frictions est absorbée, ne pénètre-t-elle pas partout.

(1) On pourra tenter avec succès, dans ces circonstances, l'application de 6 à 8 grains de sulfate de quinine sur une plaie récente de vésicatoire. Cette méthode, vantée depuis peu de temps, m'a bien réussi dans le petit nombre de cas où j'ai eu occasion de l'essayer. Pour éviter, ou au moins pour diminuer la douleur de l'application, il faut que le sulfate de quinine soit incorporé dans un peu de beurre ou de cérat.

consommé pour suivre toutes les conséquences de sa doctrine. Il ordonne le fébrifuge, malgré la présence de la gastrite continue, quoiqu'il prétende que le quinquina n'agisse que comme stimulant, et que la lésion inflammatoire soit la cause et non l'effet des accès : exemple remarquable, mais assez commun, du peu d'accord de la théorie avec la pratique.

Dans le printemps et l'été de 1761, dit Lind, les chaleurs étant violentes, les fièvres rémittentes furent nombreuses et effrayantes : elles étaient accompagnées de vertige, de céphalalgie atroce, de vomissements bilieux, de jaunisse, etc... Mais peu de personnes en moururent, quand on eut recours à la saignée, et au quinquina à grandes doses. La grande céphalalgie qui tourmentait les malades après l'accès, cédait au vésicatoire entre les deux épaules.

Lind cherchait à rendre plus simple la fièvre intermittente, lorsque le pouls n'était ni plein ni dur, par le vésicatoire au dos, et un demi-grain de tartre stibié uni au nitre, toutes les six heures. Cette méthode peut être bonne, lorsque l'engouement gastro-hépatique est plus prononcé que l'irritation sanguine ; mais ce cas rentre dans la complication saburrale.

Il faut être extrêmement circonspect dans l'emploi des purgatifs, ou plutôt ils ne sont jamais indiqués dans la fièvre rémittente, pour peu qu'elle soit grave : j'en ai vu les suites les plus funestes.

Les purgatifs, en irritant une grande surface intestinale, favorisent non-seulement l'inflammation de la membrane muqueuse, mais encore les concentrations viscérales périodiques, qu'on doit au contraire chercher à prévenir, ou à disséminer à l'extérieur. L'émétique a beaucoup moins d'inconvénients.

Les fièvres rémittentes graves de l'automne et de l'hiver s'éloignant ordinairement du caractère inflammatoire, pour prendre celui qu'on a appelé muqueux ou catarrhal, et, d'après M. Broussais, irritation vasculo-nerveuse, sub-inflammation des trois cavités, on ne doit user, dans leur traitement, des évacuations sanguines qu'avec une extrême circonspection, surtout chez les malades à tempérament nerveux ou détérioré. On trouve à cet égard d'excellents préceptes dans un opuscule du docteur Cartier, praticien distingué de Lyon, concernant des fièvres muqueuses ataxiques (1822).

« On ne doit, dit-il, employer ces évacuations que pour dégorger quelques organes, pour alléger l'organisation et non pour l'affaisser. Parmi les causes capables d'entraver la marche des maladies dont il s'agit, on doit placer au premier rang l'abus des saignées ; et j'ose affirmer que, dans ces dernières années, il a donné lieu à de déplorables accidents. Le système des saignées copieuses a pris naissance dans la capitale, et le climat de Paris est moins humide que le nôtre ; je ne serais point étonné que ce remède y fût moins facilement abusif que parmi nous. »

L'auteur n'a pas de peine à prouver que l'inflammation des membranes muqueuses est alors d'une nature très-peu sanguine ; que la résolution s'en fait lentement, et qu'une débilitation un peu forte, ôte à la nature la force qui lui est nécessaire pour opérer dans la suite un changement favorable.

« Je considère, ajoute-t-il, comme une idée fausse celle qui envisage, dans le cours des maladies aiguës, tous les points d'irritation comme autant d'inflammations distinctes. L'inflammation parcourt ses périodes avec une succession de symptômes reconnus, et les phénomènes, pour la plupart mobiles et momentanés, qui s'établissent sur quelques points irrités, ne peuvent la caractériser. Le médecin qui, s'abusant à cet égard, les considère comme des preuves non équivoques de phlogose, adopte une théorie fausse, et dont les conséquences sont désastreuses, s'il la prend pour base de sa pratique ; cette erreur serait surtout importante, s'il en faisait l'application à l'organe cérébral, et s'il confondait le trouble des fonctions intellectuelles, qui dépend d'un délire fébrile, avec les accidents de la frénésie et de l'apoplexie. L'expérience ne cesse de démontrer que l'abus des saignées amène ces maladies aux phénomènes de la plus fâcheuse ataxie.

Et ailleurs : « La blancheur et l'enduit jaunâtre de la langue, déterminent un grand nombre de praticiens à provoquer le vomissement dès l'invasion de la maladie ; mais cette pratique perturbatrice est très-téméraire. »

M. Cartier blâme encore plus l'emlpoi des purgatifs. Il regarde le quinquina comme l'ancre de salut contre l'ataxie, qui se montre toujours, dit-il, avec des redoublements. Ces réflexions, faites à l'occasion des fièvres muqueuses ou catarrhales continues graves (ataxiques), conviennent beaucoup mieux à celles dont le type est rémittent, et qui sont d'ailleurs les plus fréquentes dans les contrées humides et marécageuses.

On a vu plus haut que si l'opinion de M. Broussais, relativement à la nature de la fièvre rémittente précédente, est un peu obscure, il n'en résulte pas moins de ses observations, que les redoublements pernicieux s'aggravent après les évacuations sanguines copieuses, comme l'avaient déjà fait remarquer les meilleurs praticiens, et comme je l'ai observé moi-même un grand nombre de fois. Les bons effets des préparations de quinquina dans ces circonstances prouvent que ce fébrifuge n'est pas un stimulant pur et simple, et que le désordre des fonctions cérébrales, d'où provient l'irrégularité de l'innervation générale, ne trouve point sa cause matérielle dans une véritable phlogose de l'encéphale.

Ceux qui sont atteints de blessures considérables,

ou qui ont subi l'amputation d'un membre, de même que ceux qui sont en proie à une phlegmasie fébrile chronique viscérale, sont fréquemment tourmentés, comme nous l'avons déjà dit, d'une fièvre intermittente accidentelle, ou, si l'on aime mieux, de paroxysmes rémittents, dans les grands hôpitaux, les lieux bas, humides, ou marécageux. Ces redoublements périodiques, véritable complication indépendante, quant au fond, de la maladie principale, prennent le caractère pernicieux avec d'autant plus de facilité, que la blessure est plus grave, et l'individu plus irritable.

Le médecin observateur et expérimenté se conduira dans ces circonstances comme dans les précédentes; c'est-à-dire qu'il commencera toujours par combattre, soit par les évacuations sanguines, soit par la diète et les délayants, la phlegmasie locale et l'irritation sanguine dominantes; et dès qu'il aura obtenu une diminution assez notable de cet état; que les rémissions seront prononcées et plus prolongées, et que les paroxysmes sembleront vouloir prendre plus d'intensité, en même temps qu'ils se régulariseront davantage, il aura recours au quinquina, administré sous la forme et sur l'organe qui offrent le moins d'inconvénients.

Lors même que la phlegmasie chronique serait incurable, on ne devrait pas moins attaquer les paroxysmes rémittents qui la compliquent et l'aggravent.

La fièvre rémittente se joint très-souvent au catarrhe pulmonaire, et même à la pneumonie, sur leur déclin, lorsque la fièvre concomitante a été grave. Le sulfate de quinine, dans une potion pectorale émolliente, à la dose de six à huit grains, donnée pendant la rémission en trois ou quatre fois, fait bientôt disparaître les redoublements, et favorise évidemment la résolution de la phlogose de la membrane muqueuse pulmonaire.

C'est principalement au sujet de la fièvre rémittente pernicieuse, qu'il y a eu une grande dissidence d'opinion entre les médecins les plus célèbres du siècle dernier, relativement à l'opportunité du quinquina : les uns, comme Ramazini, le proscrivant dans tous les cas; les autres, avec Torti, le conseillant comme nécessaire et exempt de danger; quelques autres enfin, mais en petit nombre, comme Frédéric Hoffmann, s'efforçant d'accorder les deux opinions, mais d'après des considérations qui ne sont pas toujours fondées.

Voullonne, dans un mémoire remarquable par l'élégance du style et par la finesse des réflexions, et Baumes, dans son traité de la fièvre rémittente, commencèrent à débrouiller ce chaos; mais il faut avouer que tous les points du problème n'ont pas encore été résolus d'une manière satisfaisante.

Voullonne à établi une donnée générale lumineuse, lorsqu'il a dit : « Autant les fébrifuges sont utiles dans la fièvre intermittente, autant ils sont nuisibles dans la fièvre continue. » C'est une vérité généralement reconnue : or, toute fièvre rémittente supposant une vraie fièvre intermittente, le fébrifuge sera en même temps indiqué et contre-indiqué. Afin de placer ce spécifique, ou de s'en abstenir à propos, il ne s'agit donc plus que de savoir bien distinguer, dans une fièvre rémittente, ce qui appartient à la fièvre intermittente d'avec ce qui appartient à la fièvre continue, de balancer ces deux objets, et de se décider pour celui qui paraît mériter le plus d'attention. Si le plus grand danger de la maladie provient des paroxysmes, il faut attaquer hardiment la fièvre intermittente par les fébrifuges, sans se laisser arrêter par l'inconvénient qui peut en résulter pour la fièvre continue : si au contraire l'état de rémission ou de continuité est plus dangereux, il faut oublier les paroxysmes. Ce précepte général est très-bon; mais il ne lève pas la difficulté qui existe tout entière dans la prédominance relative de l'irritation continue ou du mouvement intermittent, et dans l'impossibilité, dans des cas nombreux, de distinguer de quel côté penche la balance. A cet égard on ne peut donner aucune règle précise; c'est le tact du médecin, aiguisé par la pratique, qui sera son guide le plus sûr dans ces circonstances embarrassantes.

Quelqu'obscure que soit la rémittence, on doit également donner le fébrifuge, lorsqu'on a débuté par les délayants et les antiphlogistiques; que les paroxysmes redoublent d'intensité; qu'on se sera convaincu, autant qu'il est possible, qu'il n'existe aucune inflammation profonde et circonscrite, et qu'on peut plus rationnellement attribuer la fièvre à cette irritation plus nerveuse que vasculaire dont parle M. Broussais, qui occupe la plupart des organes, et surtout leurs capillaires nerveux. Mais il ne faudra jamais oublier que le fébrifuge n'ayant de prise que sur les paroxysmes, on doit le mettre de côté aussitôt que ceux-ci ont cédé, ou ont diminué d'une manière à faire cesser tout danger; car si l'on voulait insister sur son emploi, on ne manquerait pas d'aggraver la fièvre continue, qui étant la lésion première, survit presque toujours aux paroxysmes rémittents.

Je ne terminerai pas ce chapitre sans donner un exemple de ces cas difficiles et de la conduite que doit alors tenir le médecin.

Trente-quatrième observation.

La femme Dumas, âgée de trente-deux ans, maigre, irritable, bien réglée, avait été atteinte, en 1822, d'une fièvre rémittente gastrique très-intense. L'estomac, depuis lors, était resté fort

sensible; ce qui n'empêchait point la malade de suivre un très-mauvais régime, de boire du vin pur, et d'user des viandes de porc ou d'autres préparées avec des épices.

Lorsque je vis la malade, elle souffrait du ventre depuis un an : celui-ci s'était tuméfié insensiblement en totalité, avec douleur lorsque la malade marchait, et surtout lorsqu'elle faisait un faux pas. Couchée sur le dos, me dit la femme Dumas, je ne me sens point de mal; si je suis debout, il me semble que mon ventre va m'abandonner; si je suis couchée sur un des côtés, il tombe dans le même sens. En explorant l'abdomen, je le trouvai tuméfié uniformément, dans toute son étendue, au point de simuler le volume qui résulte d'une grossesse de cinq mois : cette tuméfaction était molle, sans tension, ni ballonnement. Pour peu que la pression de la main fût prononcée, une douleur se faisait sentir presque partout, mais plus particulièrement dans le flanc gauche.

Les selles et les urines étaient à peu près naturelles; la langue, muqueuse au centre, était rouge sur les bords, à la pointe, et un peu sèche; la soif était modérée, l'appétit nul; l'estomac douloureux après l'ingestion de l'aliment le plus léger; la peau était chaude, le pouls vif et fréquent : vers le soir tous ces symptômes s'exaspéraient.

L'ensemble de ces phénomènes caractérisait assez un gastro-péritonite chronique. En conséquence la malade fut mise à l'usage des demi-bains, des fomentations et des lavements émollients, des boissons délayantes, et à quelques crêmes féculentes et au bouillon de poulet pour toute nourriture. Huit sangsues furent posées à l'anus, et réitérées quelques jours après.

Au douzième jour de l'emploi complètement infructueux de ces moyens, il survient un léger écoulement hémorrhoïdal, et au pourtour de l'anus des tumeurs rouges, tendues et horriblement douloureuses. C'était pour la première fois que la malade était affectée d'hémorrhoïdes. Aussitôt l'abdomen cesse d'être douloureux; sa tuméfaction diminue d'un tiers; les règles paraissent abondamment comme à l'ordinaire (demi-bains émollients; douze sangsues sur les tumeurs aussitôt que les menstrues ont cessé de couler). Les piqûres donnent beaucoup de sang, sans produire une amélioration bien sensible, soit locale, soit générale, pour le moment; les douleurs et les tumeurs ne se dissipent qu'insensiblement.

Ce *molimen* hémorrhoïdal dure douze jours : à mesure qu'il s'évanouit, la tuméfaction douloureuse du ventre reparaît, et même avec un degré d'intensité de plus. Cette irritation des vaisseaux hémorrhoïdaux, purement symptomatique, reparut encore deux fois dans l'espace de quarante jours, mais à un moindre degré. Les vives souffrances, accompagnées d'insomnie, que la malade venait de ressentir, avaient exaspéré le mouvement fébrile : celui-ci avait pris un caractère rémittent plus prononcé, non le soir, comme auparavant, mais de dix heures du matin à midi; et chaque jour ces paroxysmes tendaient à devenir pernicieux, c'est-à-dire qu'à la violence très-grande du mouvement fébrile, il se joignait une constriction spasmodique du diaphragme, des douleurs aiguës dans tout le côté gauche de l'abdomen, du délire et une grande prostration. Les paroxysmes étaient quotidiens; ils débutaient par des frissons prolongés dans la région dorsale, et par des nausées continuelles, qui ne se dissipaient qu'au milieu du période de réaction. La bouche devenait très-amère, la langue sèche; la soif se faisait sentir; l'épigastre devenait beaucoup plus sensible. La chaleur paraissait au bout d'une heure, et insensiblement; sans être brûlante au toucher, elle incommodait tellement la malade, qu'elle se découvrait sans cesse, tant l'anxiété était grande; alors cet état déclinait vers les quatre heures du matin, heure à laquelle se montrait une sueur grasse, presque aussi fatigante que les deux premiers stades fébriles.

Le pouls, dans le moment de rémission le plus prononcé, donnait encore quatre-vingt-seize pulsations par minute. Depuis l'apparition de ces accès, la tête était devenue douloureuse, les urines troubles et hypostatiques, de limpides qu'elles étaient.

Ce n'était plus là de simples exacerbations provenant d'une augmentation de la phlegmasie abdominale, mais bien une véritable complication ou irritation intermittente. Le danger était pressant et le cas épineux. Je réclamai l'assistance du docteur Viricel, ancien chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce profond médecin crut reconnaître une entéro-péritonite, comme lésion principale; il pensa qu'un mouvement fébrile continu, avec des exacerbations le soir, était bien l'expression de la phlegmasie, mais que les nouveaux paroxysmes régulièrement rémittents n'en dépendaient qu'accidentellement; qu'ils avaient été provoqués par l'influence de l'atmosphère marécageuse du pays sur une constitution nerveuse, ébranlée par les vives souffrances qui avaient précédé; que si, pendant le cours de ces accès, le ventre devenait plus douloureux et plus tendu, la langue plus sèche et plus rouge, la tête très-douloureuse, et les urines troubles, enfin s'il survenait du délire, phénomènes qui jusque-là ne s'étaient point encore montrés, il fallait l'attribuer à l'invasion de l'irritation nerveuse périodique sur des organes déjà enflammés, et à la réaction de ceux-ci sur le cerveau.

L'opinion du docteur Viricel s'accordait trop bien avec celle que je m'étais formée depuis long-temps sur la fièvre rémittente, pour ne pas l'adopter complètement, et pour ne pas en suivre toutes les conséquences pratiques. Ainsi, tout

en continuant à combattre par les délayants internes et externes la phlegmasie abdominale, nous nous hâtâmes d'attaquer directement les paroxysmes fébriles par le fébrifuge, mais avec toute la circonspection qu'exigeait la présence d'une inflammation. Attendu l'irritation de l'estomac, le fébrifuge ne pouvant être donné qu'en lavement, nous prescrivîmes, sous cette forme, dix grains de sulfate de quinine dissous dans une verrée et demie d'eau de mauve, au déclin de chaque accès. En même temps il fut convenu qu'on poserait sur l'endroit le plus douloureux du ventre, dix sangsues, dans le fort du plus prochain redoublement, pour diminuer l'injection capillaire qui s'opère toujours alors sur les tissus irrités. Un vésicatoire au bras parut indiqué comme révulsif, d'autant mieux que depuis quelques jours il s'était établi une petite toux sèche; et, pour maintenir continuellement une dérivation indispensable à l'état du ventre, on ouvrit un large cautère à une cuisse. Le sulfate de quinine à la même dose fut continué de la même manière pendant sept à huit jours.

L'intensité des paroxysmes ne tarda pas à diminuer, et au bout de huit jours, il ne resta plus que les exacerbations du soir. Deux fois, dans le cours de la maladie, les mêmes accès reparurent, et furent combattus avec succès par le même moyen, sans qu'il en résultât ni coliques, ni diarrhée, ni aucun symptôme apparent d'irritation abdominale.

Ici je devrais peut-être terminer cette observation, le reste n'ayant plus de rapport avec la fièvre rémittente; cependant, comme elle présente un intérêt pratique, et que d'ailleurs on pourrait me reprocher de l'avoir tronquée, je me permettrai, malgré sa longueur, de la pousser jusqu'à sa terminaison.

Quoique la maladie fût débarrassée de ses accès menaçants, l'état du ventre ne s'améliorait pas. Toutes les applications émollientes étaient insupportables, non par leur poids, mais sans doute par leur qualité, puisque des fomentations de camomille et de roses ne produisaient point le même malaise. Les embrocations huileuses de jusquiame, belladone, laurier-cerise, étaient complètement inertes. Les sangsues n'avaient jamais été suivies d'un soulagement même momentané; la maigreur faisait des progrès, le mouvement fébrile hectique était continuel, le pouls donnait cent pulsations dans les moments les moins mauvais. La malade ne pouvait supporter que le bouillon de poulet aux racines et à la chicorée douce; une petite toux sèche se réveillait tous les soirs avec de la dyspnée. Cinquante jours s'étaient écoulés depuis que la malade avait été forcée de garder le lit; le cautère était en pleine activité, et contenait cinq pois; depuis quelques jours, les selles, auparavant rares et grisâtres, étaient devenues plus fréquentes, jaunes et plus liquides, mais elles étaient rendues sans tranchées. Les lavements de mauve soulageaient; mais lorsqu'ils étaient composés de petit-lait ou d'eau de son, ils amenaient, comme les fomentations émollientes, un gonflement pénible de tout l'abdomen.

A cette époque nous faisons frictionner tout le ventre avec la pommade stibiée, puis nous laissons à demeure un large emplâtre de même nature uni au camphre. Au quatrième jour il se fait une éruption douloureuse sur les parties frictionnées, et même autour de l'anus et des parties génitales, quoique non en contact avec la pommade. Dès-lors la sensibilité abdominale commence à diminuer; mais, en même temps, il se fait une collection aqueuse dans la cavité péritonéale, sans infiltration des extrémités inférieures (1). Le mouvement fébrile et la chaleur sont moins actifs (tisane de jujubes avec un gros d'acétate de potasse par quatre verrées, et frictions avec la teinture de digitale); les urines coulent en abondance, et la fluctuation abdominale cesse d'être sensible au bout de huit jours.

Au soixante-dixième jour, le ventre était moins tuméfié et beaucoup moins douloureux à la pression. La maladie commençait à prendre évidemment une marche rétrograde, lorsque, tout-à-coup, le côté gauche de la poitrine devient le siége d'une douleur sourde, profonde et continue, mais avec des exacerbations correspondantes aux redoublements du soir, augmentant par la pression, accompagnées d'une toux sèche, intermittente, légère, qui s'exaspérait par le moindre mouvement, et par toute inspiration plus vive ou plus prolongée que de coutume, et avec une dyspnée s'aggravant par les mêmes circonstances, et ne permettait d'autre position que le *décubitus* en supination. Il n'y a d'ailleurs ni palpitation, ni irrégularité dans le pouls, mais une plus grande fréquence. Le marasme fait des progrès; point de sommeil.

Cependant cet état de la poitrine avait fait une telle diversion, que la malade ne sentait plus de mal dans le ventre, quoique celui-ci fût encore un peu tuméfié. L'appétit se fait sentir pour la première fois : la malade mange du poisson, des potages, même du veau, sans être incommodée.

Quelle nouvelle maladie était-il survenue? quels rapports ces nouveaux accidents avaient-ils avec les précédents?

La manière brusque dont les douleurs venaient

(1) On reconnaît ici la différence qui existe entre l'hydropisie active, par exhalation, et celle qui provient d'un embarras dans la circulation veineuse ou lymphatique. Ici la collection aqueuse se borne à la membrane irritée, tandis que, dans les autres cas, l'œdème commence par les pieds lorsque les obstacles morbides se trouvent dans les veines du ventre, et par les mains lorsque les veines de la poitrine en sont le siége. Ces obstacles peuvent se trouver dans les capillaires des gros viscères, comme dans les troncs.

d'envahir la poitrine, la sensibilité des parois thoraciques, le décubitus sur le dos et sur un plan horizontal, la toux sèche et peu profonde, la dyspnée provenant plutôt de la douleur que d'un obstacle matériel à l'introduction de l'air dans les poumons, nous persuadèrent que la plèvre était le tissu principalement affecté; mais qu'il était probable que le péricarde participait aussi à la lésion, parce qu'on ne pouvait guère attribuer qu'à celui-ci les suffocations que le moindre mouvement provoquait. La percussion du thorax donnant un son très-clair, il nous semblait que le genre d'irritation des tissus devait se rapprocher de la phlegmasie rhumatismale, ou de cette phlogose caractérisée par la douleur, la mobilité et l'injection médiocre des capillaires; et que le peu de tendance à l'altération organique, malgré l'ancienneté de son existence, et malgré la lésion des membranes séreuses de la poitrine, autorisait à croire que le mal primitif devait être une péritonite lente, parce que les tissus analogues sont toujours ceux qui se transmettent leur lésion de préférence (deux vésicatoires aux bras; dix grains de calomel unis à cinq grains de digitale en cinq doses dans les vingt-quatre heures; emplâtre stibié camphré sur la poitrine, jusqu'à formation de l'éruption; boissons adoucissantes). Les accidents vont en augmentant.

Quatre-vingtième jour. On ajoute, au moyen indiqué ci-dessus, l'application de deux morceaux de potasse caustique, l'un à la région précordiale, l'autre près du creux de l'aisselle gauche; un autre vésicatoire est placé au bras; une couche de coton imbibé de baume tranquille enveloppe la poitrine.

Quatre-vingt-cinquième jour. Le pouls bat de cent dix à cent vingt fois par minute; la dyspnée, la faiblesse et la maigreur son extrêmes; la figure est profondément altérée; l'appétit a complètement disparu, malgré le calomel; les déjections ne sont pas plus abondantes, elles sont liées et grisâtres: depuis trois jours et trois nuits la malade n'a pas eu un seul instant de sommeil, tant la douleur thoracique est insupportable. Le côté gauche de la poitrine présente maintenant un son mat, résultat probable d'un épanchement séreux. La malade paraît arrivée au dernier terme de son existence.

En désespoir de cause nous remplaçons le calomel par des frictions avec l'onguent mercuriel double. Un demi-gros est employé à frotter le ventre tous les matins, et une dose pareille tous les soirs, dans le creux de l'aisselle gauche; on donne en même temps un grain d'opium. Ce médicament produit de suite un calme merveilleux. Les douleurs commencent dès-lors à diminuer, de même que tous les autres symptômes, et d'une manière si rapide, qu'au bout de huit jours la poitrine se trouva complètement débarrassée, sans qu'il se soit formé aucune évacuation remarquable. Les gencives s'étaient un peu affectées. Tout remède est supprimé; l'appétit se prononce de suite, et fortement. Lait d'ânesse; la malade recouvre bientôt plus d'embonpoint qu'elle n'en avait jamais eu; mais le pouls reste très-accéléré, et des douleurs se renouvellent dans le ventre pendant la station et la progression. Pour éviter des tiraillements douloureux, la femme D. est obligée de se tenir courbée en avant: la région gastro-splénique est très-sensible au toucher.

Des adhérences se sont-elles formées entre l'épiploon et le péritoine, entre celui-ci et les organes qu'il recouvre? Cette conjecture est très-probable. Au reste, tous ces phénomènes ne s'opposant point à la nutrition, n'annoncent pas de lésions organiques; ils se dissipent à la longue, et la santé reparaît complètement.

Il arrive quelquefois que l'on échoue dans l'administration du fébrifuge, quoique la plupart des symptômes semblent indiquer son emploi. L'observation suivante, qui nous en fournit un exemple, ne sera pas inutile à la connaissance de la fièvre rémittente, maladie complexe et équivoque, faite pour exercer toute la sagacité du médecin et mettre assez souvent en défaut celle du praticien le plus exercé.

Trente-cinquième observation.

M. F., âgé de quarante-cinq ans, nerveux et mélancolique, sujet à des maux de tête, à des tintements d'oreilles, et peu maître de son imagination, avait exercé les fonctions de curé, pendant quatre ans, dans une des paroisses les plus marécageuses de la Dombes. Pendant tout cet espace de temps, la fièvre intermittente et rémittente ne le quitta presque pas. Ce ne fut qu'en changeant de lieu qu'il put recouvrer la santé. Cependant les dispositions vicieuses de son tempérament s'étaient renforcées, et, depuis quelque temps, il s'y était joint une extrême susceptibilité: le moindre événement était pour M. F. un sujet d'émotions pénibles; de vaines terreurs assiégeaient son esprit, etc.

A la fin d'octobre 1827, bronchite aiguë avec fièvre très-modérée, et perte d'appétit. Après quelques jours de diète et d'un traitement adoucissant, le malade croit devoir se purger deux fois et se placer un vésicatoire au bras; et comme la toux ne diminue point, des sœurs charitables l'engagent à poser sur la nuque un emplâtre saupoudré de tartre émétique. L'effet en fut prompt: éruption boutonneuse, puis ulcéreuse, accompagnée de douleurs presque intolérables, pendant trois fois vingt-quatre heures; le mouvement fébrile augmente. C'est alors que je vois le malade.

Bronchite au vingtième jour, expectoration moitié puriforme, moitié glaireuse; respiration libre; papilles de la langue développées, mais point de soif. Le ventre et la tête n'accusent aucune douleur; appétit nul; pouls légèrement accéléré; paroxys-

mes irréguliers, tantôt dans la nuit, tantôt le jour. (Diète, boissons mucilagineuses, lavements, le malade étant habituellement serré du ventre.)

Espèce de convalescence au bout de quelques jours, mais promptement suivie du retour des accidents. Les accès se régularisent davantage et s'aggravent; ils débutent, sans frissons, par des bouffées de chaleur, de l'anxiété, par l'accélération de la respiration, avec suspension de la toux, qui ne reparaît, de même que l'expectoration puriforme, qu'au déclin du paroxysme. Le pouls est d'une médiocre fréquence; la peau, d'une chaleur humide, se couvre bientôt d'une sueur grasse, abondante et très-odorante, qui ne soulage nullement; urines jaunes et troubles; langue blanche au centre, rouge sur les bords, moins humide pendant les paroxysmes. Le malade n'est pas tourmenté par la soif, mais il boit avec plaisir de la limonade; il n'a pas d'appétit, et cependant le goût n'est point altéré. Le ventre est plat; la pression n'y réveille aucune douleur; la tête est libre, à part les tintements habituels. L'état nostalgique augmente; toujours constipation. Les paroxysmes paraissent le plus ordinairement tous les jours, et retardent chaque fois; quelquefois ils présentent les types tierce et double tierce.

L'expectoration puriforme, qui ne se tarissait pas, annonçait clairement la persistance de la bronchite; l'état de la langue et l'anorexie rendaient probable une gastro-entérite lente; et l'état du système nerveux, la médication stimulante employée dans le principe, rendaient assez raison de la tenacité de cette phlegmasie et du mouvement fébrile rémittent. Ma conduite était donc toute tracée : il fallait encore insister sur le traitement délayant. Comme la maladie était longue, je crus devoir permettre des décoctions de riz et des bouillons de poulet, d'autant mieux que l'estomac n'était le siége d'aucun malaise. La phlegmasie ne me parut point assez aiguë, et le tempérament était d'ailleurs trop nerveux, pour exiger des évacuations sanguines.

Cependant, loin de s'améliorer, le mal augmente: les paroxysmes rémittents deviennent plus longs, plus violents, et par conséquent plus débilitants; la tête devient douloureuse; assoupissement et rêvasserie dans le fort des accès. J'avais assez temporisé; la tendance pernicieuse des accès me faisait un devoir d'appeler le quinquina à mon aide; mais redoutant toujours de voir son effet contrarié par l'état général d'irritation et la phlegmasie locale, je voulus faire précéder son administration par une saignée de bras de 8 onces, que je pratiquai dans le stade de chaleur. Elle me donna un sang noir et sans couenne, et ne parut avoir aucune prise sur la marche de l'accès. Au déclin de celui-ci je fis administrer, dans un demi-lavement, trois gros de poudre de quinquina unis à un gros de valériane : le paroxysme suivant fut moins long et moins fort. Deux lavements pareils, les jours suivants, régularisent les accès, et les convertissent au type tierce, de quotidiens qu'ils étaient. La région vésicale commence à devenir douloureuse : les urines sont rendues avec peine et avec douleur; elles sont toujours troubles. Demi-lavements de dix grains de sulfate de quinine, précédés de lavements émollients pendant trois autres jours de suite. Les lavements fébrifuges sont gardés; ils n'excitent aucune douleur intestinale; mais les paroxysmes reparaissent toujours au même degré. Je remplace les lavements par des potions gommeuses chargées de huit grains de sulfate de quinine : le quatrième jour de leur usage, quoique l'estomac n'accuse ni douleur ni pesanteur, la langue se sèche et devient brune; le malade désire des boissons acidulées froides; les douleurs vésicales augmentent; la fièvre devient continue, avec exacerbation : au lieu des paroxysmes, prostration, chaleur âcre, urines rouges, ventre toujours plat et indolore.

Je me hâte de revenir au traitement purement délayant, auquel j'ajoute des cataplasmes émollients appliqués sur l'hypogastre. Mon honorable confrère, le docteur Fleury Viricel, me conseille d'y joindre une application de dix sangsues à l'anus. Au bout de six jours, tous les symptômes ont diminué, la fièvre reprend le type rémittent, mais d'une manière plus modérée. L'expectoration est toujours épaisse, mais en petite quantité, et n'a lieu que le matin.

La maladie est arrivée au quarantième jour : vésicatoire, que l'on panse tous les jours avec six grains de sulfate de quinine, incorporés dans une petite quantité de cérat, et étendus sur un emplâtre de diapalme. Au quatrième jour, les paroxysmes commencent à disparaître peu à peu; la fièvre devient intermittente, mais avec une marche très-irrégulière, et des symptômes très-modérés, dépendant en grande partie des émotions du malade. La langue se dépouille, mais l'appétit ne se fait sentir qu'au soixantième jour ou environ.

§ VI. MOYENS HYGIÉNIQUES ET PROPHYLACTIQUES.

L'homme aisé qui use d'aliments substantiels, et d'une boisson fermentée avec modération, qui évite de se livrer à des travaux ou à des exercices fatigants, pendant l'été; qui sait se garantir de l'humidité froide du soir et de la nuit, et se hâte de sécher ses vêtements lorsqu'ils sont mouillés, soit par la sueur, soit accidentellement, résistera avec succès à l'influence pernicieuse des localités; sa constitution n'en sera que très-peu modifiée, et s'il lui est impossible de se soustraire entièrement à la fièvre locale, au moins il n'en éprouvera jamais les suites funestes que nous avons signalées.

Ainsi, il est donc possible à l'homme de neutraliser en partie l'insalubrité du sol; mais pour pou-

voir obtenir un tel bienfait d'une manière générale, et pour la masse de la population, le zèle éclairé, le désintéressement et l'humanité des grands propriétaires, joint à la protection paternelle du gouvernement, sont d'une nécessité absolue.

Aliments. Le pain étant la base de la nourriture, devrait être de la meilleure qualité possible; mais le froment est trop rare dans la Bresse marécageuse pour qu'on puisse se procurer du pain fait avec ce seul grain. Un mélange à parties égales de farine de seigle et de froment pourrait suffire, si d'ailleurs la pâte en était bien pétrie, levée convenablement, et cuite plus à point qu'elle ne l'est ordinairement.

On ne saurait trop encourager la culture des légumes ou des plantes qui, tels que l'ognon, l'ail, le cresson, etc., peuvent fournir un assaisonnement stimulant aux aliments fades dont le Bressan fait usage; les soupes surtout en prendraient un qualité précieuse.

Il serait également très-utile de répandre l'usage de la choucroute. Chaque ferme pourrait facilement faire une provision de ce condiment salubre et anti-scorbutique, qui se prépare de la manière suivante :

On se procure un tonneau défoncé d'un côté; on étend sur son fond une couche de sel marin pulvérisé, et par-dessus celle-ci une couche de feuilles de chou cabus de l'épaisseur de quatre pouces, et coupées en rubans très-effilés : cette couche sera foulée fortement avec les mains ou un instrument aplati quelconque, après avoir été saupoudrée de quelques poignées de graines de genièvre, d'anis ou de carvi. On remplit ainsi le tonneau, en plaçant alternativement un lit de sel et un autre de chou; on finit par celui de sel, puis on recouvre le tout avec de larges feuilles vertes du même légume, sur lesquelles on étend une toile humide. On replace le fond du tonneau, et on le charge d'un poids assez considérable pour empêcher la masse d'être soulevée pendant la fermentation. Pour cinquante à soixante livres de choux il n'est besoin que d'une livre de sel.

Au bout de quelques jours la partie aqueuse et fétide du chou se sépare, et s'évacue au moyen d'un robinet dont doit être garni le tonneau, à quatre ou cinq pouces de son bord supérieur. On remplace cette eau par une saumure, qu'on change de même au bout de quelques jours. On réitère ces soins jusqu'à ce que la saumure sorte nette et sans mauvaise odeur, ce qui arrive ordinairement en douze ou quinze jours. Pour que la chou-croute se conserve sans s'altérer et sans contracter de goût désagréable, il est essentiel de la tenir toujours couverte d'un pouce ou deux de saumure, et d'empêcher qu'il y ait jamais de vide entre le tonneau et la masse, ce qui dépend de la manière dont le foulage a été fait. Le tonneau sera tenu dans un lieu frais.

Boissons. Le plus grand service à rendre aux habitants de la Bresse marécageuse, serait de mettre à leur portée non-seulement une eau de bonne qualité, mais encore une boisson fermentée quelconque qui pût remplacer jusqu'à un certain point le vin et la bière. Mais l'incurie du paysan est le plus grand obstacle que puisse rencontrer cette amélioration dans son régime. Pourtant il n'en coûterait ni beaucoup de soins, ni une grande dépense à chaque fermier pour filtrer au sable ou même au charbon l'eau qu'il boit. Possédant un vase pareil, il pourrait user même de l'eau d'étang avec impunité.

A défaut de vin, le cultivateur se trouverait bien de mêler à l'eau qui remplit sa gourde pendant les travaux de la moisson, une petite quantité d'eau-de-vie. Mais c'est le maître fermier ou le propriétaire qui devrait faire ce mélange, car si le journalier en était le maître, il commencerait par avaler la ration alcoolique toute pure. Au prix de cinq centimes d'eau-de-vie on pourrait donner à un litre d'eau la faculté de désaltérer, de soutenir l'estomac et de prévenir les sueurs débilitantes que provoque toujours la grande quantité d'eau insipide que les chaleurs et la fatigue forcent de prendre.

Le kwas, boisson vulgaire du peuple russe, si l'on parvenait à en naturaliser l'usage dans le pays d'étangs, pourrait remplacer avec avantage toute autre espèce de boisson. La Société d'agriculture de Trévoux, bien convaincue de cette vérité, fait tous ses efforts pour réaliser ce bienfait dans son arrondissement. M. Latil-Thimécourt, son secrétaire, philantrope actif et éclairé, s'occupe avec le plus grand zèle à stimuler l'industrie des propriétaires, dans un petit écrit où, avec la manière de composer le kwas, il en démontre encore les grands avantages. Je donnerai ici la composition de cette boisson.

Il faut avoir un tonneau contenant cent vingt bouteilles, propre et exempt de mauvaise odeur. On y introduira par la bonde, au moyen d'un cornet de carton, quinze livres de bonne farine de seigle moulue fine et mêlée avec le son; on y introduira de même, mais plus lentement, trois livres de seigle en grain, qu'on aura fait germer dans une étuve, ou en le tenant au-dessus d'un four, et le mouillant de temps en temps avec un peu d'eau tiède. On versera dans la futaille, avec un entonnoir, environ vingt pots d'eau chaude; on bouchera et on agitera la feuillette à la façon des tonneliers, quand ils rincent un tonneau, et on la placera dans un lieu un peu chaud, près du foyer, s'il est possible. De six en six heures, on y versera la même quantité d'eau chaude, et on remuera de même. Le vase étant rempli, on le laissera vingt-quatre heures sans y toucher; après ce temps on y fera entrer un bâton propre et solide, avec lequel on mêlera et on brouillera ce qu'il renferme; opé-

ration qui sera répétée trois fois le jour pendant une huitaine. On laissera reposer cinq jours; alors on soutirera en perçant au tiers inférieur de la feuillette, parce que plus bas se trouvent précipités la farine et le grain. Comme le kwas n'est point encore clair, on le transvasera dans un baril bien propre où l'on attend qu'il ait fermenté complètement, et qu'il se soit mieux éclairci pour le mettre en bouteilles, où il se conserve bien et se bonifie.

Les résidus conviennent parfaitement aux bestiaux.

L'orge ou le froment serait préférable au seigle, et l'addition, pendant la fermentation, d'un peu de verveine, de citronelle, de bois de genièvre, ou de telles autres plantes aromatiques ou amères, selon le goût de chacun, doit être considérée ici comme une amélioration dans la qualité de cette bière.

L'usage du tabac à fumer serait très-convenable pour stimuler les excrétions muqueuses des membranes gastro-pulmonaires : ce moyen ne peut pas être général, parce qu'il est dispendieux; mais je l'indique spécialement à ceux qui peuvent se le procurer.

Peut-on se préserver de la fièvre en usant du fébrifuge? Non certainement, et l'expérience me l'a prouvé bien souvent. Cependant les préparations de quinquina pourraient être utiles, comme un tonique général.

Le meilleur moyen d'éviter la fièvre d'accès, comme en général toutes les maladies, c'est de ne se livrer à aucun excès, surtout pendant l'été, le printemps, et le commencement de l'automne, de ne jamais s'exposer à la fraîcheur des nuits à cette époque, et, si l'on ne peut l'éviter, se garder alors du repos.

Quant aux moyens généraux efficaces, ils résident tous dans le desséchement des marais et de toutes les eaux stagnantes.

CHAPITRE IV.

RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE SIÉGE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

§ I. SIÉGE DE LA FIÈVRE.

Lorsqu'on analyse avec soin les premiers phénomènes de la fièvre intermittente simple, tels que les frissons, les nausées, les vomissements, la sensibilité ou le resserrement douloureux de la région épigastrique, le brisement des lombes et des membres inférieurs, les bâillements réitérés et profonds, la concentration du pouls jointe à sa fréquence et à son irrégularité, la sécheresse des membranes pharyngo-bronchiales, etc., on ne peut douter que les organes qui relèvent du centre épigastrique, ou plutôt du système nerveux des ganglions, ne soient le siége primitif et spécial de la maladie qui fait le sujet de nos recherches, car c'est sur eux que l'action des causes dont nous avons parlé plus haut vient d'abord retentir. L'existence simultanée des fièvres continues bilieuses (gastro-entéro-hépatite), avec les fièvres rémittentes et intermittentes, seules maladies régnantes, au milieu des marais, depuis juin jusqu'à la fin d'octobre dans nos climats; leurs métamorphoses, les unes en les autres, et leurs complications réciproques, prouvent d'une manière péremptoire que ces causes portent une influence irritante sur les organes gastriques, et en particulier sur l'estomac, le duodénum et le foie.

Toute irritation interne qui naît brusquement, qu'elle soit inflammatoire ou purement nerveuse, pourvu qu'elle ait un certain degré d'intensité, est accompagnée du frisson; mais c'est principalement dans l'irritation abdominale que ce phénomène est le plus constant. Celui-ci cesse lorsque l'irritation a acquis son plus haut période, ou ne croît plus. Plus l'irritation est brusque et violente, et surtout étendue, plus l'injection capillaire qui la suit et succède à l'état de spasme est considérable, plus aussi le refroidissement extérieur est profond et l'influence nerveuse cérébrale paralysée. En étudiant avec soin ces phénomènes du premier stade de la fièvre intermittente, nous pouvons suivre avec précision la formation de la concentration nerveuse dans le système ganglionnaire, et en marquer les limites; en même temps que nous voyons, pour ainsi dire du doigt et de l'œil, tous les effets qu'amène dans chaque partie extérieure la diminution momentanée de leur vitalité. Ainsi l'organe cutané, forcé de céder une portion de son irritabilité normale (1), et cela instantanément, se crispe, devient pâle, violacé et moins chaud; une cession pareille de la part des masses musculaires produit une douleur particulière semblable à celle qui suit une locomotion forcée, et de plus des frémissements involontaires, des pandiculations, comme dans toute déperdition subite et considérable. Dans le moment de l'invasion de l'accès, à mesure, l'on dirait que la concentration ganglionnaire s'opère, l'influence cérébrale se détourne de toutes les parties qui lui sont habituellement soumises; mais c'est principalement dans l'appareil musculaire et l'organe de la sensibilité extérieure (2) que cette suspension de

(1) Cette diminution dans la vitalité de la peau est prouvée soit par la disparition d'un exanthème existant, soit par la disparition de la suppuration d'une plaie, ou par celle d'une douleur cutanée quelconque.

(2) Aussi toutes les fois que la peau est alors le siége d'une irritation nerveuse ou phlegmasique, on voit cette irritation disparaître pendant tout le temps du premier

relation est sensible, et cela en raison de l'intensité de la concentration. Aussi, depuis le simple frémissement de la fibre musculaire jusqu'au tremblement universel avec claquement des dents, on suit le degré de déperdition d'irritabilité de ce tissu, et on reconnaît dans sa prostration complète, avec froid glacial, le plus haut point d'irritation des viscères gastriques; c'est alors aussi que les fonctions cérébrales sont abolies, que le malade se trouve dans un état comateux profond, et qu'il ne vit plus, pour ainsi dire, que par le ventre, que d'une *vie organique*. Il est bien évident que tous ces phénomènes proviennent d'un manque de stimulus, d'une privation subite de l'irritabilité normale, par le fait de la dérivation, sur les viscères, du système ganglionnaire, et non d'une stimulation directe, ni même sympathique; 1° parce qu'ils se manifestent dans le premier stade, époque où la concentration nerveuse sur les viscères du ventre et de la poitrine est manifeste, où le mouvement concentrique est le seul existant alors d'une manière à mettre obstacle à toute espèce de sympathies de réaction; 2° parce que cet état, qui forme ce qu'on appelle la *fièvre soporeuse pernicieuse*, est plus fréquent chez les individus misérables des pays marécageux, chez lesquels les fonctions du cerveau sont très-languissantes, et, au contraire, celles des organes digestifs très-développées, qui vivent en brute plutôt qu'en homme, chez lesquels, par conséquent, les sympathies fébriles ou de réaction sont faibles ou imparfaites; 3° enfin, parce que les individus qui ont succombé dans cet état (*voir* l'Observation dix-huitième) ne m'ont offert aucune lésion apparente du cerveau.

La stimulation brusque et purement nerveuse, qui se communique d'abord instantanément aux principaux viscères, amène l'état spasmodique, au-dehors par défaut de stimulus, et au-dedans par excès. N'est-ce pas cette irritation spasmodique qui resserre et fait contracter l'estomac, et qui, en s'opposant à l'absorption ou à la digestion des boissons, fait rejeter celles-ci, ou rend leur présence fatigante; qui rend les contractions du cœur irrégulières, accélérées et comme saccadées et sans expansion (1); qui produit des bâillements si profonds, en s'opposant à l'*aération* du sang dans les poumons, phénomène qui doit aussi provenir de la suspension d'action du nerf pneumo-gastrique? Cet état de spasme du cœur et des poumons entrave la circulation, surtout dans les veines; les gros troncs veineux s'engorgent, et, de proche en proche, les vaisseaux capillaires, puis les viscères, qui, tels que la rate et le foie, ont une structure toute vasculaire. Ainsi, il n'y a donc pas reflux du sang de la périphérie au centre, mais obstacle à sa circulation, à travers le cœur et les poumons, et par suite stagnation, refoulement et injection veineuse dans les tissus. Voilà le premier stade de la fièvre intermittente.

Ce premier temps est très-variable pour la durée; mais tant qu'il existe, le spasme s'oppose à toute injection capillaire active un peu forte, de même qu'à toute réaction. Aussitôt que les tissus sont revenus de leur surprise (car on peut s'exprimer ainsi lorsqu'on réfléchit que la brusque rapidité de la concentration a enchaîné leurs fonctions), ayant reçu une impulsion extraordinaire, ils peuvent se livrer à toute l'énergie d'un immense surcroît de vitalité, et la répandre dans toutes les parties de l'économie animale, soit directement, soit par le développement d'une foule de sympathies. Aussi le système circulatoire se trouve bientôt dans une effervescence prodigieuse; la chaleur générale se développe, et les capillaires sanguins des principaux tissus membraneux et parenchymateux deviennent turgescents, rouges, chauds et douloureux, ce qui est annoncé par la soif, la rougeur de la langue, la coloration de la face, la céphalalgie, la force et la fréquence du pouls, la coloration plus foncée des urines, etc.

L'apparition des symptômes de réaction est toujours l'annonce de la cessation de ceux d'irritation spasmodique et de faiblesse extérieure. Les nausées, les vomissements, les bâillements, la toux disparaissent; les frissons et les douleurs musculaires s'évanouissent à mesure que la peau et les muscles recouvrent ce qu'ils avaient perdu. Dans ce second stade la membrane gastro-intestinale n'est pas plus malade que les autres organes (1): ils sont tous dans un état de surexcitation, qui ne sera dominant dans l'un qu'à raison de son idiosyncrasie ou d'une lésion actuellement existante. C'est ordinairement là la circonstance qui détermine les variétés et complications de la fièvre intermittente; car une concentration ou une réaction qui se circonscrit sur un seul organe déjà malade amenera des phénomènes extrêmes, quoique de même nature, et donnera lieu aux différentes espèces de la fièvre pernicieuse périodique.

Dans la fièvre simple la réaction ne trouvant point d'entrave, la peau participe plus que tout autre tissu à l'excitation universelle; et c'est sur elle que se passe le phénomène le plus intéressant, la crise dérivative. Ce tissu se gonfle et s'épanouit, ses ca-

stade; ce qui est l'inverse pour les organes gastriques et pulmonaires.

(1) J'ai vu constamment les personnes atteintes d'hypertrophie du cœur, ou de palpitations habituelles, éprouver ou des douleurs atroces précordiales au moment du frisson fébrile, ou un redoublement extrême de palpitations avec grande dyspnée. Chez une de ces personnes le frisson ne se faisait sentir que dans le bras et le côté gauche.

(1) A moins qu'il n'existe une gastro-entérite accidentelle.

pillaires s'injectent ; une chaleur proportionnée à ce surcroît de vitalité s'y développe, et bientôt une active élaboration des fluides fait naître une exhalation de sueur plus ou moins abondante et générale, qui achève de détruire plus ou moins complètement la congestion interne, et termine l'accès.

La sueur est presque toujours le thermomètre de l'état de la membrane gastro-intestinale. Une transpiration nulle ou une légère moiteur, malgré la forte excitation cutanée, dénote la permanence de l'irritation gastrique, et par conséquent une intermission incomplète ; tandis qu'une sueur copieuse et prolongée est un sûr indice de la terminaison entière et parfaite d'un accès ou d'une apyrexie franche. Aussi, dans les premiers accès d'une fièvre intermittente, même simple, il est très-rare que la transpiration soit forte, parce qu'il est très-rare qu'il n'existe pas déjà une légère phlogose gastrique au moment de l'invasion de la fièvre, ou qu'elle ne survienne pas par le fait même des premiers paroxysmes. Ce n'est qu'au quatrième ou cinquième accès, ou lorsqu'on a fait cesser la complication inflammatoire, que la réaction ayant tout son développement, la sueur devient abondante et les intermissions complètes. Ce n'est que dans quelques cas assez rares de fièvre pernicieuse qu'une sueur, même copieuse, peut exister avec des lésions viscérales profondes ; mais si l'apparition de la transpiration peut nous tromper quelquefois à cet égard, son absence est toujours un signe certain et pathognomonique de la terminaison incomplète d'un accès provenant d'une irritation quelconque interne et permanente.

La réaction est ordinairement proportionnée à l'action, c'est-à-dire à la concentration, excepté lorsque celle-ci est extrême et qu'elle détermine l'état carotique.

Dans le printemps et l'été, chez les individus sanguins ou très-irritables, les accès ont infiniment plus de véhémence que dans l'automne et l'hiver, parce que dans les premiers cas les causes de stimulation gastrique sont beaucoup plus fréquentes et plus actives.

Quelques médecins, à la tête desquels se place M. Audouard, voudraient placer le siége primitif de la fièvre intermittente dans la rate ; mais les faits et les raisonnements à l'aide desquels ils étaient leur opinion me paraissent d'une grande faiblesse. C'est, dit M. Audouard, la réplétion de l'organe splénique qui produit la réaction et les différents phénomènes sympathiques qui surviennent dans le deuxième stade, même dans les fièvres pernicieuses. Mais comment a-t-on prouvé que la rate, organe jusqu'à présent d'un ordre très-secondaire, possédât un empire aussi important et aussi étendu dans l'économie animale ? Pourquoi vouloir, sans preuves directes, dépouiller l'estomac de la prépondérance dont il jouit, et que tous les physiologistes lui ont accordée sur les autres organes, pour en parer la rate, dont les fonctions nous sont encore inconnues ; qui souvent peut être atrophiée, énormément engorgée, détruite enfin, sans que la santé en soit dérangée d'une manière bien remarquable ? Parce qu'à chaque retour fébrile cet organe se tuméfie et se gorge de sang, est-ce une raison suffisante pour lui faire jouer un rôle aussi supérieur ? Cette réplétion ne s'explique-t-elle pas d'une manière toute naturelle, et ne peut-elle exister sans que toute l'économie en ressente l'effet ? L'hypothèse de M. Audouard peut si difficilement se soutenir par des raisonnements puisés dans les lois de la physiologie, que l'auteur a été forcé d'appeler à son aide une science étrangère, et de chercher à démontrer que le cours du soleil et de la lune avait une influence très-prononcée sur les fonctions de l'économie animale, et principalement sur la circulation. M. Audouard défend très-bien une mauvaise cause ; il prouve qu'il a étudié profondément le sujet qui nous occupe, et qu'il est un observateur distingué ; mais son hypothèse est inadmissible.

Puisque les premiers phénomènes de la fièvre intermittente partent des organes qui se trouvent immédiatement dans le domaine du grand sympathique, il faut bien admettre qu'ils sont le siége de la lésion par laquelle cette maladie se fait reconnaître. Si quelquefois le cerveau paraît être le point primitivement affecté, ce n'est que par exception.

§ II. DE LA NATURE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Maintenant il nous reste une seconde question, au moins aussi importante que la précédente, à résoudre, celle de la nature de la lésion qui constitue la fièvre intermittente. Est-elle inflammatoire ou nerveuse ? Comme c'est sur ces deux états pathologiques que s'exercent maintenant toutes les discussions que la fièvre a fait naître, nous allons examiner les preuves que chaque opinion présente en sa faveur.

« Une irritation n'est point purement nerveuse, dit M. Broussais (*Annales de la Méd. phys.*, t. IV, p. 256), quand elle appelle le sang dans les viscères, en échauffant l'estomac, et le forçant de repousser les irritants et à appéter les rafraîchissants ; quand elle agite le cœur avec accélération du cours du sang et chaleur ardente de la peau : elle n'est point purement nerveuse quand elle peut déterminer des hémorrhagies et d'énormes sécrétions de bile ; elle n'est point nerveuse lorsque, devenant continue, elle se confond avec toutes les phlegmasies de ce type dans l'état aigu ; enfin elle n'est point nerveuse, puisque, après avoir duré long-temps, elle produit des engorgements sanguins dans les parenchymes, des indurations rou-

ges dans les poumons, des apoplexies, d'énormes extravasations de sérosité, des rougeurs et des noirceurs, avec ulcération dans le canal digestif, etc. »

« D'après de pareils désordres, suites constantes des fièvres intermittentes prolongées, il est facile de voir que ces maladies sont plus vasculaires que nerveuses. Les nerfs ne servent ici qu'à développer des sympathies, c'est-à-dire à faire participer plusieurs organes à la souffrance de celui, quel qu'il soit, sur lequel se fait la congestion primitive. Quand on voit une congestion de sang intermittente à la peau, peut-on dire qu'elle est nerveuse? Or, celle des voies gastriques et des autres viscères est de même nature. Que signifie ce mot dans un cas comme celui-ci? quelle idée donne-t-il de la maladie? Je l'ignore. Les mots *nerveux* et *inflammatoire*, appliqués aux congestions intermittentes des viscères, n'expriment que deux degrés de la même modification morbide. La vraie intermittence nerveuse est l'irritation périodique d'un nerf; chose toute différente. La congestion est plus ou moins violente; elle attaque plus ou moins de viscères, ou elle se borne à des nerfs; elle se dissipe au bout d'un certain temps, ou elle ne fait que diminuer jusqu'à ce qu'il s'en forme une autre; voilà toutes les différences que je puis voir dans les fièvres rémittentes et intermittentes, simples ou compliquées, bénignes ou pernicieuses. »

En général, ceux qui pensent que la fièvre intermittente est un phénomène nerveux, n'ont point consigné leurs preuves dans une discussion assez suivie pour que je puisse les rapporter ici.

Les objections qu'oppose M. Broussais à cette dernière opinion sont trop solides pour qu'on puisse la soutenir telle qu'elle est combattue; mais je doute que personne aujourd'hui croie à la nature purement nerveuse de la fièvre, et surtout soit disposé à rompre des lances pour soutenir cette opinion. Tout en attaquant et en triomphant avec peu de peine, M. Broussais n'a point établi la nature *inflammatoire* de la fièvre intermittente, il a même évité de prononcer et d'appliquer ce mot d'une manière formelle et décisive.

Certainement l'irritation n'est pas purement nerveuse, du moins j'en suis bien convaincu; mais il reste à savoir si elle n'a pas ce caractère primitivement, et si la congestion sanguine qui l'accompagne n'est pas un phénomène secondaire soumis à cette influence nerveuse, comme la cause à l'effet. Non-seulement M. Broussais n'ose pas assurer positivement que cette congestion est inflammatoire, mais il paraît même repousser cette idée lorsqu'il dit, dans son *Traité de Physiologie*, p. 281: « Lorsque le sang est appelé dans un tissu par l'irritation, il y produit une érection vitale; il n'y a point encore là d'inflammation; elle doit se dissiper au bout d'un certain temps; il suffit pour cela que le stimulus cesse dans les parties qui en sont le siége; mais si le stimulus agit toujours, l'érection vitale devient permanente: c'est une inflammation. »

Et ailleurs, en parlant de la fièvre rémittente pernicieuse, ne dit-il pas: « Il n'y a point ici irritation pure et simple de la membrane muqueuse des voies digestives. L'irritation, plus étendue, paraît résider dans l'encéphale et dans les nerfs splanchniques, ou plutôt dans les capillaires vasculo-nerveux des principaux viscères; elle y est continue. Les antiphlogistiques ne conviennent plus, il faut avoir recours aux fébrifuges. »

C'est-à-dire que M. Broussais, malgré les circonlocutions, regarde cette irritation plutôt comme nerveuse que comme inflammatoire, même dans le cas où elle est continue; ce que je n'oserais moi-même affirmer. Au reste, ses explications équivoques sont un signe certain de la difficulté que présente la solution de cette question.

Comme nous l'avons déjà dit, toute irritation est primitivement nerveuse, et secondairement congestive ou phlegmasique. L'irritation purement nerveuse a son siége exclusif dans un des points des systèmes nerveux isolés de la composition intime des organes; lorsqu'elle atteint les capillaires nerveux entrelacés et fondus avec les capillaires vasculeux, ceux-ci participent nécessairement à l'émotion des premiers; de là l'érection vitale, la réplétion vasculaire; en un mot, la congestion active, l'irritation congestive. Veut-on un exemple de cet état pathologique, qu'on étudie les phénomènes de ce qu'on appelle *ophthalmie périodique*. D'abord une vive douleur se fait sentir dans le globe de l'œil, puis les vaisseaux de la conjonctive se dessinent peu à peu, et forment un lacis rouge dans toute l'étendue de cette membrane; quelquefois la conjonctive s'engorge jusqu'au point d'offrir un chémosis, avec chaleur et pulsations. Mais, chose admirable! au moment où l'on croit avoir affaire à une phlegmasie violente, la douleur diminue, et peu à peu les vaisseaux se dégorgent, au point que l'œil ne diffère de son voisin intact que par la persistance d'une sensibilité un peu plus prononcée. Sans doute on trouve là tous les symptômes de l'inflammation; et cependant quel est le médecin qui osera assimiler cette lésion à une véritable phlegmasie? D'après les propres expressions de M. Broussais, il n'y a dans ce cas qu'une *érection vitale*. La congestion seule ne peut pas constituer l'inflammation; car alors il faudrait donner ce nom au rouge de la pudeur ou de la colère.

Pour qu'une congestion, telle que celle que nous avons citée, décline au moment où elle est arrivée à un haut degré, il faut que le stimulus qui la provoque s'épuise facilement et se renouvelle de même, et que, par conséquent, il n'existe pas

d'une manière permanente dans l'organe lui-même. La promptitude de l'invasion, la douleur vive et déchirante qui précède et accompagne son retour périodique, tous ces phénomènes, il faut en convenir, ne peuvent être produits que par l'influence nerveuse agissant momentanément sur les capillaires sanguins. La congestion s'accroît tant que cette influence persiste ; à l'instant où elle se retire, la circulation capillaire rentre dans son état normal. La présence d'une plus grande quantité de sang dans une partie, jointe à l'augmentation de l'irritabilité, n'a pas même été capable d'y entretenir la moindre phlogose (ce qui arrive pourtant quelquefois), parce que le stimulus est nerveux et qu'il s'épuise avant la formation d'une véritable inflammation.

Si, au lieu d'être extérieure, une irritation congestive semblable se porte sur les organes intérieurs, il en résultera tous les symptômes qui caractérisent la fièvre intermittente. Comme, dans cette circonstance, l'irritation porte presque toujours sur le système nerveux ganglionnaire, le sentiment douloureux est obscur, excepté dans le cas où des filets nerveux de la vie de relation sont compromis. La fluxion ou congestion des vaisseaux capillaires qui s'ensuit et qui provoque la réaction, n'ayant point sa cause fixe et inhérente à ces mêmes vaisseaux, doit suivre toute la mobilité de celle qui l'a excitée ; la congestion ne constitue donc qu'un des éléments de la maladie : il y a plus, dans certaines circonstances cette congestion paraît extrêmement faible, incapable par elle-même de donner lieu aux symptômes généraux et locaux formidables qui se manifestent, et qui appartiennent plus naturellement à une lésion de la portion nerveuse des organes.

D'autres fois l'irritation la plus forte porte sur d'autres vaisseaux que les sanguins, par exemple sur les sécréteurs ou les follicules muqueux du tube digestif, sur les vaisseaux sécréteurs de la bile, et détermine une sécrétion ou exhalation énorme de fluides mucoso-séreux et biliaires.

J'ai vu chez un habitant de Montluel, d'un tempérament lymphatique, même scrophuleux une irritation périodique à type quarte du nerf de la septième paire gauche dans toutes ses ramifications, et sans fièvre ; elle était caractérisée par une douleur déchirante de toutes les parties qui reçoivent des filets de ce nerf, par des mouvements convulsifs des fibres musculaires et par une sécrétion abondante de salive et de mucus buccal sans congestion sanguine. Il n'y a pas de doute qu'ici l'irritation primitive et dominante ne soit nerveuse, et la sécrétion organique, qui en est le résultat, n'est pas un motif suffisant pour le lui faire perdre. Eh bien ! quelle différence peut-on établir entre cette névralgie périodique et la fièvre intermittente diarrhéique, ou qui présente les symptômes du choléra-morbus, telle que l'observation 20 ? Dans le fond je n'en vois aucune, car toutes celles qu'on peut indiquer ne sont qu'accidentelles. Je partage donc parfaitement l'opinion de M. Alibert, qui s'exprime ainsi dans son excellent *Traité des Fièvres intermittentes pernicieuses*, page 169 : « En me résumant donc et cherchant à établir une conclusion d'après tout ce que j'ai dit dans cet article, je pense que la plus grande affinité existe entre les maladies périodiques nerveuses et les fièvres pernicieuses intermittentes ; que celles-ci n'en diffèrent que par leur marche plus rapide et par le péril plus imminent qu'elles entraînent ; que la rapidité de leur marche tient aux deux lésions réunies du système nerveux et du système vasculaire ; que, si nous avions à les ranger dans un cadre nosologique, nous les fixerions dans la classe des névroses, quoique, par une suite nécessaire de la connexion sympathique qui unit si étroitement le système nerveux au système vasculaire, celui-ci soit presque toujours secondairement affecté, ce qui introduit un désordre quelconque dans la circulation. »

Il est temps de limiter l'extension sans bornes qu'on a prodiguée dans ces derniers temps au mot *irritation*, dénomination devenue vague et insignifiante à force d'être généralisée. Il importe surtout de ne pas confondre les deux grandes divisions de l'irritation que nous venons d'indiquer avec l'irritation inflammatoire ; c'est-à-dire l'irritation purement nerveuse et l'irritation avec congestion sanguine ou séreuse.

On a dit : l'inflammation n'étant qu'un degré de plus de l'irritation, leur caractère est identique, et toute distinction entre elles ne peut être autre chose qu'une subtilité ; mais alors, je pourrai dire à mon tour, la suppuration ou la gangrène n'étant qu'un degré de plus de l'inflammation, c'est toujours de l'inflammation, et rien que cela. On sent dans quelle confusion on se précipite en généralisant ainsi.

Personne ne peut donner le nom d'inflammation à l'appel simple du sang dans les vaisseaux par l'irritation, M. Broussais en est convenu. Il faut donc, pour constituer une véritable phlegmasie, que non-seulement il y ait congestion, mais encore que l'irritation qui lui a donné naissance soit fixe, locale et permanente ; qu'elle imprime au tissu malade un mouvement ou action spéciale qui retient dans la trame de ce tissu les fluides sanguins, y développe une espèce de nutrition morbide, en fasse un nouvel organe dont l'état normal ne peut reparaître subitement, mais seulement après avoir passé par une série de phénomènes ordinairement réguliers et circonscrits dans un espace de temps assez constant. Il faut que son développement se fasse successivement, ou que, s'il se déclare brusquement, il ne disparaisse pas de même une fois qu'il est formé. Si une in-

flammation disparaît quelquefois subitement, c'est sous l'influence de causes puissantes, qui sont ordinairement funestes. Quant à la délitescence de certaines phlogoses, elle est fréquente; mais aussi le caractère inflammatoire de ces maladies est douteux. En effet, leur siége dans des tissus serrés, tels que le fibreux, le séreux, le cutané (dans le rhumatisme, certains exanthèmes), la vive douleur qui les accompagne, le peu d'engorgement des vaisseaux capillaires, et l'intégrité que conserve le tissu malgré la permanence de l'irritation, peuvent faire ranger ces lésions plutôt parmi les irritations congestives que parmi les inflammations; il faut que l'irritation nerveuse domine, et qu'il ne s'opère aucune altération de tissu pour concevoir la facilité de leur délitescence. Une inflammation véritable n'est jamais brusquement mortelle, malgré sa violence, parce qu'elle ne surprend jamais assez les organes.

Mais l'irritation périodique nerveuse ou congestive se comporte bien différemment : elle se manifeste par une irruption soudaine, avec douleur intolérable, lorsqu'elle s'empare d'une partie sous la dépendance du cerveau ; avec congestion plus ou moins considérable, suivant la richesse des organes en vaisseaux capillaires sanguins, et lorsqu'elle est arrivée à un degré très-élevé, elle décline, sans autre phénomène que sa déclinaison. Si la partie qui en est le siége est disposée à conserver une partie de la congestion, et à se l'approprier, pour ainsi dire, alors l'état inflammatoire lui succède ; mais, dans le plus grand nombre des cas, on croirait que les organes sont dans une disposition antiphlegmasique, pour reprendre leur état normal, après l'action répétée d'une irritation congestive des plus violentes, comme dans les fièvres intermittentes fortes. Il y a donc, entre la modification organique qui produit la fièvre intermittente et celle d'où provient la fièvre continue, cette différence importante, que la première consiste dans une irritation nerveuse congestive, et l'autre dans une inflammation, parce que, de sa nature, l'inflammation est continue, et que l'irritation nerveuse peut seule être périodique. Dira-t-on, avec M. Moufalcon (*Histoire médicale des marais*, seconde édition, page 345), que l'intermittence n'est pas un symptôme, qu'elle ne change en rien l'essence de la lésion locale? que la seule différence qu'on puisse établir entre la fièvre continue et la fièvre intermittente, ne se trouve que dans la marche, le mode de développement de leurs symptômes ; et que, quant à ceux-ci, ils sont parfaitement analogues ?

Mais si la nature de la lésion qui produit ces deux pyrexies est la même, pourquoi la marche et le développement de leurs symptômes sont-ils donc si différents ? Est-ce que la marche d'une maladie ne dépend pas de sa cause, de son siége et de sa nature? et si, comme vous le prétendez, toutes ces circonstances essentielles sont identiques, dans l'un et l'autre cas, d'où provient donc une différence aussi remarquable dans le mode de développement ? L'intermittence n'est pas un symptôme ! non, mais c'est quelque chose de plus : c'est l'absence de tous ces symptômes qui régnaient un instant auparavant, avec la plus grande violence; et certes un phénomène pareil ne peut être insignifiant, ou sans valeur ; il est trop caractéristique pour ne pas tenir à l'essence même de la maladie. Dira-t-on que la fièvre est continue et non périodique parce qu'il y a plus d'intensité dans la lésion locale? Cette explication serait complètement erronée, puisqu'il y a des fièvres intermittentes de toutes les nuances d'intensité, depuis le simple accès fébrile jusqu'au paroxysme pernicieux le plus grave. Invoquera-t-on le passage assez fréquent du type intermittent au type continu, *et vice versâ*, pour établir l'identité de ces deux lésions ? Mais ces transformations ne prouvent qu'une chose, une grande affinité entre celles-ci ; d'ailleurs quelle est la maladie qui ne puisse pas succéder à une autre ? l'asthénie ne suit-elle pas l'état sthénique ? La fièvre intermittente peut provoquer la fièvre continue, je le sais ; mais aussi, ces deux espèces de mouvement fébrile étant susceptibles d'exister simultanément, témoin le type rémittent, nous sommes forcés de convenir qu'ils tiennent à deux modes différents de lésion organique.

Ce qui a pu induire en erreur à cet égard, c'est la complication fréquente d'une gastro-entérite avec la fièvre intermittente, soit avant, soit après quelques accès. Nous avons vu quelle était l'influence stimulante des chaleurs, des travaux pénibles, et des mauvaises boissons sur la membrane muqueuse des voies digestives, et sur l'organe sécréteur de la bile ; elle est suffisante, étant jointe à celle des miasmes marécageux, pour produire la phlogose gastrique, et la fièvre intermittente en même temps. Il est même probable que l'irritation inflammatoire préliminaire est la cause déterminante de l'invasion des accès, à l'époque que nous avons indiquée ; mais tous ces signes d'une phlogose hépato-gastrique, lorsqu'ils existent, ne peuvent point être regardés comme ceux de la fièvre intermittente, ils ne lui sont qu'accessoires : l'irritation périodique une fois provoquée, revient d'elle-même, et n'est plus liée à sa cause provocatrice que d'une manière très-indirecte, puisqu'en détruisant celle-ci, quelle qu'elle soit, les accès n'en poursuivent pas moins leur cours.

La fièvre rémittente enfin, est-elle autre chose qu'une de ces complications, qu'un composé d'une fièvre continue et d'une fièvre intermittente ? c'était l'opinion de Stoll et de Boerhaave, très-spirituellement défendue par Voullonne. Je pense que nous pouvons aujourd'hui en porter la démonstra-

tion beaucoup plus loin. Lorsqu'avant l'invasion des accès les organes sont déjà dans un état d'irritation phlegmasique, ou lorsque ceux-ci sont doués de beaucoup d'irritabilité au moment où ils deviennent le siége de l'irritation congestive périodique, celle-ci laisse sur eux une irritation phlegmasique superficielle, mais permanente ; il en résulte une réaction fébrile continue, et un mouvement fébrile intermittent : en conséquence, au lieu d'une intermission entière, on n'observe qu'une rémission. Cet état de phlogose n'est point assez intense pour empêcher le retour périodique de nouvelles concentrations. On ne peut pas dire non plus qu'il le favorise, puisqu'au contraire, en disparaissant au moyen des antiphlogistiques, les accès intermittents deviennent souvent plus intenses ; mais il s'oppose à ce que le mouvement de concentration soit assez brusque et assez profond pour faire naître un frisson violent ou le tremblement, même un frisson très-marqué ; par la raison, très-vraisemblablement, que des organes déjà frappés de sur-excitation ne peuvent en supporter une nouvelle sans réagir de suite. Si le mouvement organique inflammatoire devient assez dominant pour maintenir une réaction continuelle, et faire ainsi avorter à mesure qu'il se présente tout retour de congestion, l'intermittence est absorbée ; la fièvre passe au type continu ; les paroxysmes ne sont plus que des exacerbations ; mais le type intermittent primitif peut encore reparaître si l'on parvient à détruire l'inflammation.

On voit partout, mais surtout dans les lieux marécageux, des phlegmasies variées des organes de la poitrine, et notamment du ventre, s'accompagner d'accès fébriles rémittents, lorsqu'elles se développent lentement ou qu'elles se prolongent d'une manière chronique. Il n'est pas même rare de voir survenir quelques accès intermittents d'une grande violence et avec tremblement, quelques jours avant la mort d'individus consumés par des désorganisations viscérales ; accès qui hâtent la funeste terminaison, mais qui peuvent en imposer quelquefois, et donner de l'espoir au médecin inexpérimenté qui observe une apyrexie complète entre les accès.

Ceux qui donnent de pareils exemples en preuve de la nature inflammatoire de la fièvre intermittente, sont évidemment dans l'erreur, et confondent deux phénomènes très-différents et très-distincts. Pour que leur opinion fût vraie, il faudrait ici que la phlegmasie fût intermittente ou rémittente, tandis que le mouvement fébrile seul a ce caractère. Une fièvre rémittente pareille est un épiphénomène qui n'étonne point le praticien, et ne l'empêche pas de combattre la phlegmasie comme la maladie principale ; mais qui le met sur ses gardes pour l'attaquer lui-même lorsqu'il veut devenir prédominant.

Ainsi, l'on ne peut voir dans la fièvre rémittente que la complication d'une phlegmasie avec une irritation congestive, avec prédominance de l'une des deux, et quelquefois avec égalité d'intensité.

L'observation suivante va concourir directement à confirmer tout ce que nous avons dit jusqu'à présent sur la nature de la fièvre intermittente.

Trente-sixième observation.

Une jeune femme maigre, d'une constitution nervoso-sanguine, résidant à la manufacture de draps, était affectée depuis huit jours d'une fièvre quotidienne simple (sept. 1823). Quelques grains d'opium arrêtent les accès. Mais trois jours après, au milieu de la nuit, la malade est réveillée brusquement par une douleur extrêmement aiguë, fixée sur la dernière grosse molaire supérieure cariée, et qui de là se répand sur toute la mâchoire inférieure, le haut du pharynx et les muscles de la langue, en produisant sur ces parties une contraction tétanique horriblement douloureuse. Tout cet appareil de souffrance disparaît tout-à-coup le matin, pour reparaître de la même manière et à la même heure, toutes les nuits.

Le quatrième jour j'extrais la dent, et au lieu du paroxysme odontalgique, c'est la fièvre quotidienne primitive qui se montre de nouveau. Ce passage d'une fièvre intermittente à une névralgie, et de celle-ci à la fièvre intermittente, sous le même type, prouve que ces deux lésions ne diffèrent qu'à raison de leur siége, et qu'il n'appartient qu'aux actes du système nerveux de se montrer avec une marche aussi mobile.

Casmir Medicus attribuait le développement des irritations externes périodiques aux mêmes causes que celles qui produisent les différentes espèces de fièvre d'accès, et il plaçait ces causes dans le ventre. M. Bailly partage cette opinion, et prétend qu'une irritation périodique externe n'est jamais purement locale, comme le veut M. Mongellaz, mais toujours accompagnée de symptômes généraux, et surtout de ceux qui dénotent une lésion du système nerveux abdominal. Il a tout-à-fait raison, lorsqu'il avance que les observations données par M. Mongellaz ne prouvent nullement l'indépendance et l'isolement des irritations externes. En effet, ce médecin n'a pas apporté assez de sévérité dans le choix de ses preuves ; il a entassé, sans beaucoup de discernement, un trop grand nombre de faits ; mais je contesterai à M. Bailly cette dépendance obligée de l'intermittence externe du système des organes de l'abdomen, dans tous les cas. La nature est très-variée dans ses actes ; quelquefois il arrive que deux points de l'économie animale deviennent le siége d'une concentration nerveuse simultanée, par exemple une branche nerveuse externe

et les organes du bas-ventre; mais cette dissémination de l'influence nerveuse, s'opposant à ce qu'elle soit très-violente dans les deux parties à la fois, il en résultera des symptômes généraux de fièvre intermittente, qui seront obscurcis par la douleur locale, ou qui rendront celle-ci peu apparente. D'autres fois, l'irritation externe sera entièrement subordonnée à la fièvre intermittente; et alors celle-ci paraît la première, et l'autre n'en est qu'un phénomène sympathique. Dans cette circonstance l'irritation externe est rarement une névralgie pure, mais bien une irritation avec injection sanguine, comme une ophthalmie, un érysipèle, une pleurésie (1). Assez souvent aussi l'irritation externe est purement nerveuse locale, c'est-à-dire exempte de symptômes généraux; son siége est alors établi sur une branche nerveuse. Enfin, l'irritation locale peut, à son invasion, s'accompagner de frisson, chaleur et accélération du pouls, lorsqu'elle est intense et accompagnée de congestion, sans qu'on puisse trouver de symptômes prononcés d'irritation gastrique primitive. Le développement du mouvement fébrile dans ce cas n'a rien qui doive étonner; et il est inutile d'aller chercher dans le ventre le point de départ de ce phénomène, lorsque la saine physiologie, ou plutôt l'observation journalière nous apprend que l'invasion d'une inflammation externe ou d'une irritation qui intéresse les vaisseaux sanguins, émeut assez les systèmes généraux pour faire naître la fièvre.

Une remarque que j'ai faite très-fréquemment, c'est que les irritations externes intermittentes primitives résistent plus souvent au quinquina que la fièvre intermittente, et qu'au contraire, la potion du docteur Peysson, qui est très-infidèle contre cette dernière, détruit la première plus constamment que le quinquina. Ainsi j'ai fait disparaître très-promptement, à l'aide de cette préparation, des céphalalgies sus-orbito-oculaires qui avaient résisté à toute autre médication. Rien n'est aussi commun dans mon arrondissement médical que ces douleurs intermittentes apyrétiques.

Les suites d'accès fébriles violents, ou longtemps répétés, comparées à celles des fièvres continues jettent encore un grand jour sur le siége et la nature de la fièvre intermittente. Ces suites sont les rechutes fréquentes, l'enflure et l'obstruction.

1° *Rechute*. Une fièvre continue ne récidive que très-rarement, et seulement par le fait de causes puissantes; mais la fièvre intermittente reparaît à la suite d'un léger écart de régime, d'un refroidissement, d'une fatigue, etc..... Elle reparaît même spontanément, sans cause appréciable, lorsque le malade jouit de la meilleure santé : mais aussi le fébrifuge en triomphe avec la plus grande facilité. Cependant les rechutes ne sont jamais plus certaines que lorsque les accès ont été très-intenses; que l'irritation gastrique surtout a été très-vive, et qu'elle a duré très-long-temps. Dans ce cas-là, l'estomac conserve une grande sensibilité; mais cette sensibilité est purement nerveuse, car elle existe sans malaise général, et elle ne s'oppose ni au désir des aliments ni à la digestion, bien qu'elle augmente pendant l'acte de cette dernière et que le quinquina soit parfaitement supporté. C'est sans doute cet état d'irritation nerveuse qui dispose ainsi au retour de nouvelles concentrations, lesquelles n'attendent, pour se manifester ordinairement, que le retour des forces du malade. Rien de semblable s'observe-t-il dans une phlegmasie ?

2° *Enflure*. Il est rare que l'enflure des pieds et des jambes ne succède pas immédiatement à la fièvre, lorsque celle-ci a été très-intense, et surtout lorsqu'elle s'est prolongée plus de dix-huit à vingt jours. Ce phénomène est infiniment plus fréquent chez l'indigène du pays d'étangs ou chez l'individu à constitution analogue, que chez l'étranger vigoureux : celui-ci n'est atteint d'infiltration qu'après l'avoir été très-long-temps par des accès fébriles.

L'hydropisie ascite et l'anasarque sont moins communes; elles s'accompagnent presque toujours de l'engorgement de la rate. L'infiltration des régions susdiaphragmatiques ne survient que lorsqu'il y a eu pendant le cours de la fièvre, c'est-à-dire dans le premier stade, beaucoup de gêne dans la respiration; dans tous les cas, elle est toujours moins considérable que celle des parties inférieures.

La plupart des auteurs, à l'exemple de Sydenham, frappés de cette coïncidence de l'enflure avec la disparition des accès et le retour à la santé, en ont conclu qu'elle était une crise heureuse de la fièvre. Mais ce qui détruit complètement cette opinion, c'est que l'infiltration se montre également que la fièvre cesse spontanément, ou qu'elle soit immédiatement arrêtée par le fébrifuge.

La véritable cause de cette espèce d'enflure a été méconnue, quoique très-facile à concevoir : les explications les plus naturelles sont toujours celles qui frappent le moins. En effet, il était trop simple de penser que cette infiltration lymphatique fût un résultat du collapsus des vaisseaux veineux, amené par leur fatigue excessive pendant tout le temps que la fièvre a tenu la circulation tantôt dans un état d'accélération désordonné, et tantôt dans un état de spasme et de ralentissement bien capable d'engorger et de distendre les veines outre mesure.

(1) J'ai souvent observé, alors, l'éruption urticaire; elle paraît dans le deuxième stade, décline dans le troisième, et cesse complètement dans l'apyrexie. Lorsque la fièvre est rémittente, l'éruption ne s'effectue qu'incomplètement durant la rémittence.

A l'invasion de chaque accès, les vaisseaux veineux, surtout ceux dans lesquels le sang circule contre son propre poids, se trouvent pleins et distendus; le mouvement d'ascension du sang y est presque suspendu. Cet état est d'autant plus prononcé que le premier stade fébrile est plus long, plus violent et plus long-temps répété, et que le système veineux est plus lâche et plus extensible, comme cela a lieu chez le Bressan. Aussi long-temps que les accès se maintiennent, le mouvement énergique qu'imprime la réaction du deuxième stade à tout le système circulatoire, suffit ordinairement pour faire cesser cette stagnation veineuse; mais aussitôt que, par la cessation complète de la fièvre, la circulation artérielle tombe au-dessous de son rhythme pathologique et même normal (ce qui est prouvé par la lenteur remarquable du pouls), la circulation ascendante dans les gros troncs veineux de l'abdomen, privée de cette impulsion et d'une grande partie de la contractilité de leurs tuniques, doit nécessairement tomber encore plus bas. Ce qui met cette explication hors de doute, c'est la disparition de l'enflure lorsque la fièvre récidive; ainsi j'ai vu plusieurs fois l'enflure et la fièvre se succéder alternativement à différentes reprises.

De ces données, les conséquences sont faciles à déduire : la stagnation veineuse amène celle de la lymphe, une grande faiblesse dans l'absorption, et en dernière analyse, d'abord l'infiltration des pieds et des jambes, puis celle d'une plus ou moins grande partie du reste du corps, suivant l'influence plus ou moins forte des causes ci-dessus énoncées. Une perte de sang trop considérable produit le même résultat. L'engorgement de la rate tient à la même cause, et nullement à une phlegmasie.

Ce genre d'infiltration se dissipe de lui-même à mesure que le sujet récupère ses forces.

Il en est une autre espèce qui succède également à la fièvre, mais qui en diffère totalement, quant à sa cause; car elle paraît dépendre réellement d'un mouvement critique. Celle-ci est ordinairement circonscrite; elle se borne à une membrane séreuse, à celle du péritoine le plus souvent; mais toutes peuvent en devenir le siége. Ainsi j'ai vu un individu de quarante ans, établi dans le pays d'étangs, depuis peu de temps, comme maître fermier, être guéri spontanément d'une fièvre tierce violente, au second accès, par la formation rapide d'une collection aqueuse dans le ventre. Cette hydropisie céda facilement à l'emploi du nitrate de potasse à haute dose. Chez un autre, l'épanchement séreux se fit dans l'articulation du genou. Dans ces deux cas, il n'y eut aucun symptôme d'inflammation. Ici le mouvement révulsif au lieu de s'opérer sur les exhalants sanguins, suivant la marche ordinaire, s'est faite sur les exhalants séreux. L'irritation organique fonctionnelle ne se manifeste que par une plus grande activité dans les fonctions de l'organe.

Lorsque l'enflure paraît et que la fièvre persiste, il existe ordinairement des signes d'une phlegmasie abdominale : aussi la fièvre est-elle alors rémittente. Cependant le type intermittent complet n'est pas incompatible avec cet état; il annonce seulement une sensibilité plus obtuse des organes enflammés, ou de simples engorgements veineux. J'ai observé également que l'enflure pouvait être le résultat des obstacles qu'on apportait à l'établissement de la sueur dans le troisième stade. Ainsi la plupart des domestiques bergers qui sont atteints de la fièvre, forcés par l'inhumanité de leur maître de rester au milieu des champs pendant tout le cours des accès, ne tardent pas à enfler, quoique la fièvre persiste; sans doute parce que l'exhalation cutanée étant impossible, l'exhalation intérieure y supplée.

Dans tous ces cas la suppression de la fièvre augmente presque toujours l'infiltration.

Celle-ci se manifeste quelquefois subitement, lorsque des accès violents de fièvre rémittente ont été arrêtés brusquement par le quinquina. Il est probable que, dans cette circonstance, la réaction dérivative ayant été enrayée, et la peau n'étant plus l'aboutissant du mouvement fébrile, l'irritation inflammatoire du ventre avec engorgement veineux se maintenant seule, elle n'a plus la force de se dissiper par elle-même. Le système veineux reste engorgé; de là l'infiltration générale, outre l'exhalation active qui peut alors se faire dans la plèvre et le péritoine.

L'observation des fièvres d'accès de cette dernière année (1827), m'a convaincu encore davantage que l'enflure tient principalement à la débilité du système veineux thoraco-abdominal. En effet, la plupart des fièvres intermittentes et rémittentes violentes qui se sont prolongées au-delà de douze à quinze jours, ont été suivies ou compliquées d'infiltrations énormes plus ou moins générales; tandis que nulle gastro-entérite, avec fièvre continue, même grave, ne m'a présenté cette terminaison.

Dans les fièvres intermittentes simples, même dans celles dont les accès étaient des plus intenses, l'enflure s'est manifestée au moment même de la cessation de la fièvre, et n'a duré que huit à douze jours. Dans les fièvres rémittentes, avec symptômes évidents de gastro-entérite, l'infiltration ne s'est également manifestée que lorsque le mouvement fébrile périodique a cessé, mais non les symptômes de phlegmasie et la fréquence du pouls, qui alors devient très-petit.

Si l'on se persuadait que l'engorgement des viscères est dans ce cas la véritable cause de l'enflure, l'observation suivante ne permettrait pas de rester dans cette erreur.

Trente-septième observation.

Une femme âgée de quarante-huit ans, robuste et ayant cessé d'être réglée depuis deux mois seulement, ouvrière à la manufacture de draps, est mouillée jusqu'à mi-corps dans une inondation. Refroidissement avec frisson ; fièvre intermittente quotidienne, bientôt compliquée d'une phlegmasie de tout le tube digestif, de diarrhée : la fièvre devient alors rémittente. Nul régime pendant vingt jours, au bout desquels la violence toujours croissante des paroxysmes force la malade à entrer à l'hôpital. Soif vive; langue d'un blanc brunâtre; papilles très-alongées ; région épigastrique très-douloureuse à la pression. Vingt-quatre sangsues sur cette partie en deux jours consécutifs, limonade gommée, diète absolue. Les symptômes de gastro-entérite diminuent rapidement, et la fièvre reprend le type intermittent quotidien. Sulfate de quinine, 16 grains en deux jours et en quatre doses. Cessation prompte des accès : aussitôt infiltration, qui, en trois jours, envahit tout le corps, et qui s'accompagne d'une soif vive et continuelle, de la sécheresse de la langue, d'un pouls petit et peu fréquent, d'une pesanteur à l'épigastre, de quelques déjections liquides, mais rares. Boissons mucilagineuses nitrées.

L'enflure devient si considérable, que la peau des cuisses se gerce, et laisse écouler incessamment une grande abondance de sérosité : rougeur et cuisson à la partie gercée. Au douzième jour, à dater de l'apparition de l'enflure, frisson violent, avec dyspnée; figure altérée; érysipèle gangréneux, qui commence à la cuisse ulcérée, et gagne rapidement les parois abdominales : rémittence. Le lendemain, second paroxysme plus violent : rémittence. La malade succomba au troisième paroxysme.

Nécroscopie. Escarre gangréneuse superficielle, mais étendue sur les parties qui sont le siége de l'érysipèle.

Le foie est dans son état naturel; la rate est saine, quoiqu'un peu tuméfiée ; la membrane muqueuse de l'estomac est épaissie et pointillée de rouge, recouverte d'un mucus gluant et tenace, surtout sur sa portion pylorique. Toute la membrane muqueuse du duodénum est d'un rouge brun ; le reste du tube digestif présente des traces de phlegmasie beaucoup moins prononcées. La matrice était farcie d'énormes tumeurs fibreuses, de même que les ovaires. La femme qui avait fait le sujet de cette observation n'avait jamais eu d'enfants. Non-seulement une grande quantité de sérosité était épanchée dans le péritoine, mais encore tout le tissu cellulaire qui unit les organes et les gros vaisseaux en était infiltré.

Les organes de la poitrine étaient sains, mais il y avait un épanchement séreux dans la plèvre.

Au reste, quelle que soit la cause de l'enflure, il ne faut point penser à l'attaquer à l'aide des substances dites apéritives, diurétiques ou purgatives. Non-seulement on n'en obtiendrait aucune diminution de l'infiltration, mais encore tous les symptômes ne manqueraient pas d'en être aggravés. Il ne faut pas perdre de vue non plus que si l'enflure est produite par une phlegmasie, elle persistera aussi long-temps que la phlegmasie ; et en conséquence, c'est à celle-ci que l'on doit s'adresser presque exclusivement. Mais comme l'inflammation est alors devenue chronique, on ne l'attaquera plus par les évacuations sanguines, excepté dans quelques cas particuliers. C'est dans ces circonstances que l'on doit insister sur les dérivatifs cutanés, parmi lesquels je range les cautères comme les plus puissants. De larges vésicatoires sur les hanches, que l'on ne panse qu'avec une feuille de diapalme, les frictions sèches et huileuses, les fumigations de fleurs de sureau vinaigrées, peuvent aussi concourir utilement à ramener la circulation lymphatique à son degré normal. Les boissons devront être d'abord simplement délayantes et gommeuses, tant que les évacuations alvines seront liquides; puis on les rendra légèrement apéritives, mais simplement avec des végétaux, tels que la pariétaire, l'alkekenge, l'ononis, etc. On ne tentera les diurétiques actifs que lorsque la cessation du mouvement fébrile, de la soif et des douleurs abdominales, ayant prouvé que la phlegmasie est tombée, l'enflure ne tend pas à céder. Pendant tout ce temps-là, la base du régime doit consister en fécules peu épaisses, en clairs de farine de maïs, et en bouillons de poulet chargés de racines potagères.

L'ascite dans ces cas n'est jamais assez considérable pour nécessiter la ponction.

3° *Obstructions.* Les anciens en donnant le nom d'obstruction à l'engorgement si fréquent de la rate dans les fièvres intermittentes, ont voulu faire entendre qu'ils ne regardaient point cette lésion comme inflammatoire ; et, en effet, c'est une simple obstruction, une congestion sanguine et passive, puisqu'elle ne se forme que pendant le stade de froid, au moment où la circulation veineuse est embarrassée. Il ne peut donc pas y avoir le moindre doute sur la cause de l'obstruction : celle-ci est un produit de la fièvre, et n'en est jamais la cause.

Cette lésion ne tient pas toujours à la fièvre ; elle dépend souvent, comme je l'ai dit, de la seule constitution des habitants des marais. Lorsqu'elle survient brusquement, elle distend assez les membranes ou enveloppes de la rate pour produire de la douleur et même un état inflammatoire. Ainsi, dans certaines fièvres pernicieuses (M. Pailly en fournit plusieurs exemples), l'état comme putrilagineux dans lequel se trouve l'organe splénique,

joint aux traces de phlogose gastro-intestinale, indique qu'il a été soumis à un travail inflammatoire. Mais ces cas sont les plus rares. Les obstructions qui sont des phlegmasies, succèdent bien plus souvent au fièvres continues graves ou rémittentes qu'à la fièvre intermittente. Il serait bien difficile d'établir, même d'une manière spécieuse, la nature inflammatoire de l'engorgement splénique dans le plus grand nombre de cas; car comment pourrait-on expliquer l'absence de la fièvre, au moment de la plus grande tuméfaction de cet organe, et le retour à la santé? l'existence de cette tuméfaction pendant un grand nombre d'années, et sa résolution rapide après des vomissements et déjections noires? Pourquoi cette lésion est-elle si rare à la suite des gastro-entérites continues et dans les constitutions robustes? Ne serait-ce pas, au contraire, dans ces circonstances où elle devrait être plus commune? et pourtant c'est dans le type quarte, type qui s'éloigne le plus de celui qu'adoptent les maladies inflammatoires, qu'on observe le plus d'engorgements consécutifs de la rate. Au reste, en disséquant une rate dans cet état on s'assure d'une manière bien positive que toute sa maladie réside dans un volume plus considérable, et non dans une altération organique, excepté dans certains cas, comme je l'ai dit, où il y a réellement une altération inflammatoire, laquelle est incompatible avec la santé générale.

Les fonctions du foie étant beaucoup plus importantes que celles de la rate et son tissu moins spongieux, l'engorgement du foie qui accompagne les accès est moins considérable, d'une moindre durée, et beaucoup plus grave lorsqu'il persiste. La sécrétion biliaire est une voie par laquelle l'organe hépatique peut se dégorger, et qui manque à la rate; mais sa structure étant plus compliquée, plus irritable, pour peu que l'engorgement persiste il devient phlegmasique, la bile s'altère, les digestions en souffrent, la peau se colore en jaune et même en vert, l'ascite survient, et souvent la mort en est la terminaison.

Pour faire ressortir les vérités de fait que je viens d'exposer sur la nature des obstructions des viscères, suivant qu'elles succèdent à une fièvre continue ou bien à une fièvre intermittente, je vais citer une observation fort intéressante, tirée d'un ouvrage imprimé à Lyon, en 1813, sur l'emploi du moxa: l'auteur, le docteur Morel, est lui-même le sujet de son histoire.

Trente-huitième observation. Fièvre rémittente maligne suivie d'obstruction de la rate.

« Au mois de juillet 1782, dit le docteur Morel, je me décidai à aller recevoir la douche des eaux thermales d'Aix en Savoie, pour soulager une douleur sciatique que j'éprouvais depuis trois mois. Des sueurs s'établirent et ma guérison était prochaine, lorsqu'au mois de septembre suivant, m'étant exposé le soir, vêtu légèrement, à l'air frais, humide et marécageux des bords du Rhône, je me sentis saisi par un sentiment de fraîcheur, de la tête aux pieds, un malaise général, et la bouche pâteuse. Pour la première fois depuis mon retour des eaux je ne suai pas la nuit. Le malaise se dissipa bientôt; mais quinze jours après, explosion de vents par en haut; enfin, le 2 octobre, jour où j'avais dîné de fort bon appétit, je fus surpris chez moi par un frisson qui dégénéra en grelottement et se prolongea plus de cinq heures, auquel succéda la fièvre en chaud qui en dura une douzaine, et se termina par une sueur abondante. Un second accès en quarte, beaucoup plus violent que le premier, vint m'éclairer sur la nature de mon mal. La fièvre devint double quarte, triple quarte, sub-intrante, car souvent je ressentais tout à la fois la chaleur ardente de l'accès qui finissait, et le froid glacial de celui qui succédait. Je me suis vu réduit à supporter, pendant assez long-temps, trois accès redoutables de vingt heures chacun; ensuite j'avais une intermission franche de vingt-quatre heures.

« Le jour de l'intermission (l'auteur ne désigne pas à quelle époque de la maladie), je pris le quinquina à haute dose. Un accès fut emporté par le remède; la fièvre ne fut plus que double quarte; mais le jour même, l'accès qui manqua fut remplacé par l'enflure générale, et une suppression presque totale d'urine. Mes médecins alarmés par cet incident, suspendirent l'usage du fébrifuge. Me voilà réduit à supporter tous les trois jours, deux accès consécutifs des plus violents, et à voir l'enflure faire des progrès rapides. J'ai supporté cet état près de cinquante jours. J'étais infiltré à un tel point que j'étais méconnaissable et de la plus grande faiblesse. L'usage successif de tous les diurétiques n'avait pas opéré le moindre effet. Alors je priai mes docteurs de me remettre au quinquina pour être au moins débarrassé de ma fièvre: l'un d'eux s'y refusa; M. Petetin fut d'un avis contraire que je suivis. La fièvre disparut; cinq à six jours ensuite, les urines reprirent leur cours avec une abondance si grande, qu'en moins de huit jours, j'étais tombé dans une maigreur excessive. Ce fut sous l'usage de la décoction d'iris de Florence, à la dose d'une demi-once par pinte, que je désenflai. »

L'auteur fait ici observer très-judicieusement qu'on ne doit pas espérer de rétablir le cours des urines, dans des cas semblables, que préalablement on ait emporté la fièvre, et qu'on aurait dû lui continuer l'usage du fébrifuge, quoique les premières doses eussent été suivies de l'enflure. Ce dernier phénomène n'est point assez grave par lui-même, pour porter le praticien à ménager des ac-

cès violents ; car ceux-ci présentent bien un autre danger, l'infiltration qui ne tient pas à une lésion organique et qui succède à la fièvre étant très-facile à dissiper. Je regrette beaucoup que l'auteur n'ait pas fait mention de l'état de la transpiration à l'apparition de l'enflure; il est probable qu'elle fut supprimée, au moins en partie, et que le mouvement de réaction qui se faisait sur les exhalants de la peau s'opéra sur les exhalants séreux et cellulaires, car cette leuco-phlegmasie n'a point eu lieu ici, comme dans les cas ordinaires, par le seul ralentissement de la circulation après une action désordonnée et excessive de celle-ci.

« Le résultat de cette maladie, continue le docteur Morel, fut un engorgement considérable de la rate, que j'ai combattu inutilement pendant six ans, par tous les moyens possibles, et qui a persisté dix-huit ans. »

Au bout de cette époque je fus atteint d'une fièvre rémittente catarrhale pernicieuse d'une grande violence, et qui régnait à Lyon d'une manière épidémique depuis deux ans (les marais Pérache existaient alors ; depuis leur suppression ces maladies sont rares). Trente grains de quinquina furent donnés toutes les deux heures. Le troisième paroxysme fut moins fort. Il fut alors décidé de suspendre l'usage du quinquina, dans la crainte de suffoquer la fièvre et de causer des embarras dans les viscères du bas-ventre, mais le cinquième accès fut si violent qu'on revint à ce fébrifuge sous toutes les formes et à grandes doses. Le vingtième jour, convalescence; mais au bout de dix jours, rechute encore plus terrible pendant dix-sept jours, traitée uniquement par les lavements de quinquina.

« Pendant le cours de cette violente maladie la rate se désobstrua, pour faire place, peu de temps après, à une obstruction du foie qui me conduisit au bout de huit mois au dernier degré de marasme. Les eaux ferrugineuses froides des charbonnières me redonnèrent de l'appétit et des forces, mais l'engorgement avait peu diminué ; j'éprouvais toujours des douleurs sourdes, et les indigestions étaient fréquentes. Tous les remèdes pharmaceutiques avaient été inutiles. Je me décidai alors (sixième année) à faire usage du moxa. Le premier fut brûlé sur l'épigastre, en face du petit lobe du foie. Immédiatement après la brûlure, il me semble que je n'avais plus rien dans l'hypochondre, tant je me trouvai libre et dégagé dans cette partie. Le soir, quand je fus au lit, je pus me tenir indifféremment sur l'un et l'autre côté sans être incommodé, ce qui m'était impossible auparavant. Pendant tout le temps que dura la suppuration (six semaines), je ressentis très-peu de douleur au foie. Il en revint insensiblement dans le grand lobe, mais beaucoup moins fatigante qu'avant. Quoique mon état fût merveilleusement amélioré, je n'étais pas guéri. Au bout d'un an, je brûlai un autre moxa sur la région du grand lobe ; l'effet en fut si promptement avantageux que je me crus entièrement guéri, et qu'en effet je n'éprouvai plus que de loin en loin quelques douleurs; d'ailleurs je pus vivre comme tout le monde. Un troisième moxa a été brûlé quatre ans après le second et m'a radicalement guéri. »

Cette observation curieuse, sous plus d'un rapport, nous fait voir que l'obstruction de la rate est une conséquence des accès violents en froid; qu'elle peut exister fort long-temps, non-seulement sans danger, mais encore sans altérer la santé ; que l'irritation phlegmasique des voies gastriques la détruit loin de l'augmenter, tandis que cette même gastro-entérite avec fièvre rémittente produit l'engorgement du foie, véritable phlegmasie chronique ; d'où nous pouvons conclure que l'obstruction de la rate n'est point une phlegmasie. Les autres lésions de cet organe nous prouvent d'ailleurs que son rôle est très-secondaire dans les grandes fonctions de l'économie animale.

Les observations 927, 928, 929 et 930, consignées dans le *Traité des Hémorrhagies* de Latour, confirment l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature de l'engorgement de la rate. Ces faits sont assez intéressants pour les rapporter ici.

Trente-neuvième observation. — Obstruction de la rate à la suite de la fièvre d'accès (Mélœna).

« Un fermier de la Sologne avait éprouvé, durant l'automne de 1789, une fièvre intermittente qui ne fut guérie qu'au retour du printemps suivant. Elle se termina par un embarras énorme de la rate qui n'empêcha point que le malade ne jouît en apparence, pendant deux ans, d'une brillante santé, si l'on en excepte huit jours pendant lesquels il avait vomi et rendu par les selles une matière très-abondante, noirâtre, suivie de la diminution du volume de la rate. Six mois après il survint un second mélœna qui mit sa vie dans le plus grand danger. La quantité de sang épanchée, d'abord dans l'estomac, opprima subitement les forces générales et anéantit l'irritabilité de ce viscère. On fut obligé de provoquer le vomissement par deux cuillerées d'eau-de-vie. Le malade rendit bientôt une grande quantité d'un sang noir, coagulé et fétide. Le pouls était lent, petit, irrégulier et intermittent; il avait des défaillances à chaque mouvement; les extrémités étaient froides. Je considérai, dit Latour, que ces accidents dépendaient autant de l'état des premières voies encore gorgées du sang splénique, que de la quantité de celui qui avait été rejeté par le vomissement. En conséquence, je prescrivis trois lavements par jour avec la décoction de plantes apéritives, à l'imitation de ceux de Kœmpf. Je donnais d'ailleurs du bouillon d'oseille pour boisson ordinaire, et une cuillerée,

toutes les deux heures, de la potion suivante :

Carbonate de magnésie.	℥iij
Eau de menthe et camomille.	℥iv
Sirop de chicorée composé.	℥i
Sirop d'orange.	℥j

« Ces moyens réunis provoquèrent des évacuations abondantes de la matière noire que le malade avait vomie le matin. Elles persistèrent pendant près de douze jours sans aucun vomissement; le dégorgement de la rate était en proportion : à la première potion, j'en fis succéder une autre avec

Tartrite de potasse ferrugineux.	ʒj
Eau de consoude et menthe.	℥iii
Sirop des cinq racines et de consoude. . .	℥ii

« Le malade en consommait une tous les trois jours, et prenait pour boisson ordinaire de l'eau de Segray coupée avec de la limonade cuite. La santé se rétablit assez promptement à l'aide des toniques et d'un bon régime. La rate ne se réduisit à son état naturel qu'après un long usage des pilules savoneuses, des sucs d'herbes apéritives et des eaux de Vichy. » (Latour, obs. 927.)

La rate n'étant pas un organe sécréteur, son engorgement ne peut être combattu que par des moyens très-indirects, lorsqu'on les choisit parmi les stimulants.

Quarantième observation.— Obstruction de la rate.

M. Desmays, à la suite d'une fièvre intermittente, eut la rate si grosse qu'elle donnait à son ventre toute l'apparence d'une hydropisie ascite. Il conservait néanmoins un teint assez bon et l'embonpoint de la santé. Deux ans après, il eut une diarrhée de matière couleur d'encre, qui dura cinq à six jours et le délivra de l'embarras énorme de la rate. (Latour, obs. 928.)

Quarante-unième observation.

Dans l'observation 929, on voit un engorgement de la rate survenir pendant le cours d'une fièvre intermittente, qui dura huit mois, malgré tous les moyens mis en usage pour la combattre. Le sujet, qui était irritable et né dans le midi de la France, exerçait la médecine dans un canton de la Sologne. Tout son ventre était sensible et douloureux, et son teint d'un jaune cendré. Les eaux minérales, prises sur les lieux, dans la Provence, produisirent, au bout de quinze jours, des évacuations extrêmement considérables d'une matière semblable à de la poix noire. La santé se rétablit rapidement et complètement. Le volume de la rate disparut.

Quarante-deuxième observation.

Le jeune Gorand, demeurant à Orléans, âgé de trois ans, d'une constitution très-délicate, avait éprouvé une fièvre intermittente, que n'avaient pu arrêter ni les purgatifs, ni le sirop de quinquina, ni les apéritifs. La rate commença à s'engorger, et à mesure que son gonflement augmentait, la fièvre déclinait dans la même proportion. Je vis dans ce jeune malade, dit Latour, combien était fidèle l'observation de Sydenham : *quibus hoc symptoma supervenerit, febris etiam fugam meditatur.* Mais vainement, ajoute-t-il, j'employai le liniment conseillé par cet auteur, et les résolutifs qu'il vante dans cette circonstance ; l'obstruction de la rate, qui devint énorme, résista à tous les moyens. Dernier degré de marasme. Comme dernière ressource, je conseillai la potion suivante :

Acétate de potasse	ʒj
Tartrite de potasse et de fer	ʒj
Sirop antiscorbutique et des cinq racines.	℥ iij.

En prendre une cuillerée tous le matins; une friction tous les jours, de six minutes, sur la tumeur avec le liniment de Peyrilh. Au bout de six mois l'enfant était en pleine convalescence, la rate beaucoup moins grosse; celle-ci ne se dégonfla entièrement qu'à la longue, sous l'emploi des mêmes moyens. Ici M. Latour me paraît avoir une trop grande confiance dans l'influence de ses prescriptions : le temps et la nature ont plus fait, surtout dans cette dernière observation, que tous les médicaments.

On ne s'étonnera point de la ténacité de la fièvre intermittente de l'observation 929, si l'on se rappelle tout ce que nous avons dit touchant les complications de cette maladie. Le sujet, doué d'une constitution irritable, étranger au pays marécageux, portait avec la fièvre d'accès une gastro-entérite. Le fond du traitement était tonique-évacuant, la fièvre ne pouvait que se maintenir et la phlegmasie s'aggraver. Latour paraît croire, avec Sydenham, que l'engorgement de la rate est une crise de la fièvre ; mais il est plus naturel de penser que cet engorgement, de même que l'enflure, arrive au moment où le mouvement fébrile, en tombant, laisse dans le relâchement les vaisseaux veineux, qui n'ont plus assez de force pour pousser le liquide qui les surcharge, d'autant mieux que, d'après les expériences de M. Ribes, le tissu spongieux de la rate n'a de communication qu'avec la veine splénique, et aucune avec l'artère du même nom.

Il résulte, d'ailleurs, de ces observations, que l'obstruction de la rate, survenue dans le cours ou à la fin d'une fièvre intermittente, est formée par la stagnation d'un sang noir dans le tissu spongieux de cet organe; que cet état peut exister fort long-temps

sans altérer son tissu et sans produire d'altération dans la santé; et que, lorsque la distension devient excessive, le sang peut se faire jour dans l'estomac ou dans les intestins, d'où il est expulsé avec les symptômes du mélœna. J'avoue que les voies de communication entre la rate et le tube intestinal sont d'ordinaire trop indirectes pour qu'on puisse donner une explication satisfaisante du passage du sang de la rate sur les membranes muqueuses du conduit alimentaire. Cependant les observations sont si nombreuses et si précises à cet égard, qu'il n'est pas possible de révoquer le fait en doute.

Ainsi Salius rapporte qu'une femme, dont la rate était douloureuse et très-volumineuse, prit un jour une médecine : aussitôt après survinrent des vomissements et des déjections qui délivrèrent la malade de plus de quatre livres d'un pus sanguinolent, et furent suivis de la guérison.

Bonet parle d'un vieillard qui mourut subitement d'une obstruction de la rate, sans éprouver ni vomissements ni déjections; à l'ouverture du cadavre on trouva toute la capacité de l'estomac remplie d'un sang corrompu formant un seul caillot, sans lésion des membranes de l'estomac.

L'hématémèse qui fit périr le cardinal Cibo, dit Valverda, tirait sa source de l'atonie de la rate; cet organe, dans le cadavre, fut trouvé si engorgé de sang, qu'il suffisait de le comprimer légèrement pour le faire dégorger par un des vaisseaux courts, dans l'estomac, qui en était aussitôt rempli.

Un sénateur mourut après des vomissements et des selles abondantes d'un sang noir. L'autopsie cadavérique fit voir à Riolan que le sang était venu de la rate par un des vaisseaux courts, si dilaté qu'il égalait le volume du petit doigt, et s'ouvrait dans le ventricule.

Rondelet a trouvé dans les cadavres de plusieurs personnes qui avaient vomi du sang noir, les vaisseaux courts gros comme le doigt médius, et s'ouvrant très-manifestement dans le ventricule.

Il est certain que la rate, dans ces circonstances, n'est pas le seul organe variqueux; les vaisseaux environnants le sont souvent aussi, et d'une manière prodigieuse; cet amplitude des vaisseaux peut alors ouvrir des passages qui n'existent pas naturellement. D'ailleurs il peut arriver qu'à la longue il s'établisse dans la rate un mouvement inflammatoire qui ramollisse son tissu, et le réduise en un véritable putrilage, couleur de café ou d'encre plus ou moins liquide; et qu'alors, après qu'il s'est formé des adhérences avec les intestins, une érosion de la membrane extérieure de la rate, fasse écouler dans le tube intestinal la matière qu'elle renferme; mais dans ces cas d'altération organique, comme j'en ai cité une observation, la santé générale est toujours compromise. Latour nous en offre encore des exemples.

M. D., d'Orléans, négligea pendant plus de deux ans une fièvre intermittente dont il était atteint. Sa rate devint enflée, dure, et si volumineuse, qu'elle remplissait les deux tiers de la région épigastrique, et tout l'hypochondre gauche. Après des lipothymies effrayantes, le malade vomit une quantité énorme de pus, mêlé de sang fétide et coagulé, il en rendit de même par les selles. La tumeur s'affaissa en proportion, et une guérison complète s'ensuivit.

Au reste, de quelque manière que la rate se dégorge, et quelle que soit la voie qu'elle choisisse, l'essentiel pour nous est de savoir que tant que la santé n'est pas sensiblement altérée, l'engorgement est un état simplement variqueux, qui présente cependant du danger, puisqu'il peut produire une hématémèse mortelle; mais que lorsque la santé s'altère, et que des douleurs se font en même temps sentir dans la rate, il se forme un travail inflammatoire qui réduit le tissu de l'organe en bouillie foncée sanieuse, provoque l'ascite, et fait périr le malade, à moins que la rate ne se vide dans le tube intestinal comme cela est arrivé quelquefois.

Traitement de l'obstruction et de l'enflure. D'après tout ce qui précède, nous pouvons baser avec plus de certitude le traitement qui convient, non-seulement pour s'opposer au développement de l'obstruction de la rate, mais aussi pour combattre cette obstruction, lorsqu'elle existe. On la préviendra en arrêtant la fièvre de bonne heure, c'est-à-dire en s'opposant à sa prolongation au-delà du deuxième septenaire; et pour parvenir à ce but, il faudra s'assurer avec le plus grand soin s'il n'existe pas des complications, pour les détruire, avant de songer à couper le mouvement fébrile par le spécifique.

Lorsque l'engorgement est formé, si les forces du malade le permettent, on cherchera de suite à diminuer la réplétion veineuse, par des applications souvent répétées de dix à douze sangsues, soit à l'anus, soit sur la tumeur elle-même. Ce moyen est encore mieux indiqué, que la fièvre existe encore ou non, lorsque la rate est douloureuse au toucher. Ces évacuations sanguines sont toujours suivies de succès; elles diminuent la congestion, et enlèvent les douleurs. On aide leur action avec une boisson fortement nitrée, ou par l'usage des eaux minérales salines ou ferrugineuses, et surtout par l'application d'un bandage qui embrasse et comprime la rate d'une manière graduée et à volonté. Les médicaments employés par M. Latour pourront aussi produire de bons effets, en excitant les sécrétions intestinales, et en donnant en même temps du ton aux capillaires variqueux.

Quant au moxa, il peut être utile, mais je ne connais aucun fait qui le prouve, sinon ce qu'on trouve consigné à cet égard dans le *Voyage de François Pyrard*, que les naturels des îles Maldives, très-sujets aux engorgements de la rate, par

suite des fièvres intermittentes, s'en délivrent facilement à l'aide du moxa.

L'enflure qui succède à la fièvre disparaît ordinairement peu à peu d'elle-même au bout de quinze à vingt jours; mais on pourra en débarrasser le malade, quelque considérable qu'elle soit, dans l'espace de huit jours, au moyen du nitrate de potasse. Ce sel manque rarement de produire un flux copieux d'urine, qui dégorge rapidement tous les tissus; mais pour obtenir ce résultat il faut forcer les doses. Pour nous, voilà de quelle manière nous l'administrons : nous faisons dissoudre trois gros de nitre dans douze onces d'eau sucrée très-chargée de gomme arabique, et nous faisons prendre ce mélange en quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Nous avons poussé la dose du nitre jusqu'à six gros et même une once, dans un volume d'eau double, et nous n'avons pas observé que les malades en fussent incommodés; il procurait quelquefois deux ou trois selles, et de la soif momentanément : mais on ne doit pas y avoir recours, dans le cas de gastro-entérite. L'existence d'une colite chronique ne contr'indique point son usage. Ainsi un homme, à la suite d'une dysenterie chronique très-douloureuse, surtout au rectum, fut atteint d'une ascite avec infiltration des extrémités inférieures; il rendait toujours une matière sanieuse par le fondement; il conservait d'ailleurs de l'appétit. Il prit, pendant huit jours, demi-once de nitre par jour, dans douze onces d'eau gommée : au bout de ce temps-là, il sortit de l'hôpital entièrement désenflé, et avec un grand appétit. Le docteur Lalaune a consigné dans le journal de M. Broussais, des faits qui prouvent combien le nitrate de potasse est puissant contre l'ascite, et combien il l'emporte sur tous les autres diurétiques.

Lorsque l'enflure existe en même temps que la fièvre, le cas est plus grave. Il faut d'abord s'occuper de la maladie principale; on ne combattrait en même temps l'infiltration qu'autant qu'elle menacerait de suffocation, car, à chaque accès, on voit l'enflure augmenter.

Nous venons de démontrer que l'engorgement de la rate n'était point une phlegmasie, du moins primitivement, et que la prétendue gastro-entérite intermittente n'avait point de part à sa formation, de la manière dont la doctrine nouvelle veut l'établir. Maintenant, pour rendre complètes et plus décisives les objections que nous avons présentées contre la nature inflammatoire de la fièvre intermittente, nous allons examiner par quel mode de traitement on obtient le plus de succès, puis nous passerons à l'examen de l'état des organes après la mort.

On a prétendu que le résultat du traitement d'une maladie ne pouvait fournir aucune lumière sur la nature de celle-ci; cela est vrai pour un cas isolé, dans lequel il est souvent impossible de pouvoir apprécier la modification que l'agent thérapeutique a produite sur l'organe malade, directement ou indirectement; cela est encore vrai à l'égard de certaines substances dont le mode d'action, même général, est encore très-incertain; mais il ne peut pas en être de même pour d'autres médicaments, dont l'influence générale sur l'économie animale est constante, et qui, appliqués dans un ordre de maladie, produisent en général les mêmes résultats. Ainsi la saignée est un débilitant sans aucun doute; s'il est un genre de lésion qui en soit modifié avantageusement, et d'une manière, pour ainsi dire, presque constamment certaine, on en conclura que cette lésion est d'une nature sténique, et personne, je crois, ne disputera la justesse de la conclusion.

Si j'applique ce raisonnement au quinquina et à la fièvre intermittente, je dirai : le quinquina est un tonique; il guérit la fièvre intermittente beaucoup plus constamment que tous les débilitants, donc la fièvre intermittente n'est pas une maladie de même nature que celle que la saignée guérit, donc elle n'est pas une inflammation. Si l'on m'objecte que les évacuations sanguines sont assez fréquemment suivies de succès, je répondrai que cela est vrai; mais que ces évacuations ne s'adressent qu'aux complications de la fièvre; à la pléthore, ou à une phlegmasie circonscrite, chez les sujets sanguins, et au retour du printemps; que ce n'est point la cause immédiate du développement des accès que l'on combat et emporte par ce moyen; et qu'il est certain que dans le stade de chaleur, lorsque les capillaires sanguins des organes sont turgescents, et la circulation générale violemment exagérée, une perte de sang diminue directement cet état, et rend par conséquent l'accès moins fort et moins long. Mais ce moyen s'oppose-t-il au retour de l'accès? détruit-il la cause spéciale qui excite de nouvelles congestions? Cela n'arrive que rarement; tandis qu'au contraire, les pertes de sang tendent, dans les cas graves, à augmenter la violence des congestions; de sorte qu'on peut établir comme axiome, que les débilitants sont d'autant moins indiqués, que la fièvre intermittente se rapproche le plus de son état de simplicité, c'est-à-dire que les intermissions sont plus complètes, et le stade de froid plus marqué.

Je ne prétends point, par là, faire entendre que la fièvre intermittente est une maladie asthénique : tout ce que je prétends démontrer, c'est qu'elle ne consiste point dans une phlegmasie proprement dite.

Mode d'action du quinquina. M. Broussais et ses disciples, assez embarrassés pour donner sur le mode d'action du quinquina une explication qui ne fût pas contradictoire à leur opinion touchant la nature inflammatoire de la fièvre, ont prétendu sérieusement que ce médicament était tout simple-

ment un stimulant; qu'il ne guérissait qu'en stimulant révulsivement; qu'en excitant l'estomac, en *l'absence de l'irritation pathologique intermittente; qu'il établit sur ce viscère une irritation qui l'empêche de ressentir l'influence des causes de la fièvre ou en y déterminant une excitation dérivative, lorsque cette influence se dirige vers un autre organe.* (MM. Broussais, Boisseau, Monfalcon).

D'abord ces auteurs sont loin d'avoir prouvé que la fièvre intermittente fût une véritable phlegmasie : en second lieu, ils n'apportent en preuve de la médication révulsive du quinquina, que le raisonnement seul, et nulle expérience directe. Ils sont réduits à dire : cela doit être ainsi, parce que dans notre système nous ne reconnaissons point de médications spécifiques, et qu'une substance stimulante ne peut guérir une phlegmasie, si ce n'est par révulsion. Mais quels sont donc les phénomènes accessibles aux sens qui peuvent, non pas démontrer, mais seulement faire soupçonner que le quinquina agit comme un révulsif? car enfin la révulsion est une modification organique qui doit se reconnaître à des signes particuliers : puisque c'est une irritation, et même une irritation supérieure à celle qu'elle déplace et supprime, elle doit être évidente et palpable. Cependant, si j'interroge les malades qui ont avalé du sulfate de quinine, qui en ont pris en lavement, ou par la voie des absorbants cutanés, pendant l'intermission complète de la fièvre, ils vous répondront presque tous, qu'ils ne se sont point aperçus de la présence de ce médicament dans leurs organes. Mon expérience personnelle m'a bien convaincu que le sulfate de quinine pouvait couper la fièvre, sans provoquer la plus légère irritation gastrique. Lorsque celle-ci se fait sentir, cela provient toujours de l'existence d'une gastrite, ou gastro-entérite plus ou moins prononcée jointe à la fièvre. D'ailleurs, ne sait-on pas que l'écorce du Pérou, devenant alors un stimulant, sa propriété fébrifuge est beaucoup moins assurée : en sorte qu'on peut poser en principe que le quinquina est d'autant plus puissant pour arrêter les accès fébriles qu'il est moins stimulant; principe qu'il faudrait retorquer, si cette substance agissait comme révulsive. D'ailleurs, lorsqu'elle est employée en frictions, par quelles subtilités pourra-t-on rendre probable cette prétendue révulsion? Quel tissu, à moins que ce ne soit le cutané, l'imagination choisira-t-elle pour placer les signes cachés et mystérieux de la révulsion? quel que soit celui en faveur duquel elle penche, il pourra sans doute, tout aussi bien qu'un autre, être le théâtre d'une action imaginaire.

Si le quinquina *stimule l'estomac en l'absence de l'irritation fébrile*, son effet naturel doit être de rappeler celle-ci plus promptement, et de changer une irritation intermittente, en une autre qui sera continue, puisqu'il ajoutera une irritation à une autre. Quand on veut opérer une révulsion, choisit-on jamais l'organe même enflammé pour y déposer les agents révulsifs? quand un stimulant est appliqué directement sur une partie atteinte de phlegmasie chronique, quel est le praticien qui comparera le mode d'action de ce stimulant pour guérir cette phlegmasie d'une manière lente, à celui du quinquina, pour supprimer la fièvre en vingt-quatre heures?

Le stimulant commence toujours par aviver l'inflammation; mais en sollicitant une plus grande activité dans les mouvements capillaires, il excite une exhalation, une sécrétion, ou une absorption plus forte, dont le résultat est le dégorgement des tissus, et le retour des mouvements locaux à leur allure naturelle : car il est plus que probable que l'engorgement des vaisseaux capillaires et la perte de leur force tonique, quoique l'irritabilité soit souvent en excès, sont les deux circonstances les plus communes de l'existence des phlegmasies chroniques, surtout dans les tissus lâches. On n'emploie jamais le quinquina dans ces maladies, du moins d'une manière avantageuse, parce que son action n'est pas stimulante, mais tonique, astringente; qu'elle n'excite pas les sécrétions; qu'elle tend au contraire à les supprimer, et qu'elle augmente l'inflammation, sans qu'il en résulte ordinairement les mêmes effets résolutifs qui suivent l'usage d'autres substances. Ainsi une solution de quinine appliquée sur une conjonctive enflammée d'une manière chronique, crispera les capillaires, amènera la douleur et un engorgement plus considérable, tandis qu'une pommade irritante, qui excite des douleurs plus vives, amenera le dégorgement, parce que les larmes et l'humeur muqueuse couleront en abondance, et que pour obtenir une plus grande activité dans les sécrétions, il est besoin non d'une action de totalité et de tonicité comme celle du quinquina, mais d'une action partielle, mille fois réitérée, qui active le mouvement des capillaires et ne les enchaîne pas.

Si, comme MM. Boisseau et Monfalcon, on prétend que l'irritation produite par le quinquina est tout-à-fait différente de celle qui donne lieu aux accès fébriles; que le fébrifuge substitue une irritation *physiologique* à une irritation *pathologique* (explication complètement incompréhensible pour moi), on admet par là, de toute nécessité, une vertu spécifique dans le quinquina, et l'on tombe ainsi de contradiction en contradiction.

Pour nous, lorsque nous considérons que l'astriction, la tonicité, le resserrement prolongé des tissus, est la seule action directe, appréciable et généralement reconnue dont jouisse l'écorce du Pérou et les substances qui s'en rapprochent, nous sommes porté à croire, avec quelques auteurs dont les noms échappent à ma mémoire, que c'est en

vertu de cette propriété qu'elle prévient les retours fébriles. Que l'action du quinquina soit plus prononcée sur le système nerveux abdominal, comme le pense M. Bailly, cela est possible ; mais ce sera toujours en resserrant les tissus organiques, en enrayant leurs mouvements désordonnés par une augmentation de leur force contractile, et non en les stimulant de manière à produire l'afflux du sang.

Je ne prétends pas assurément soutenir que le pouvoir du fébrifuge se borne à une astriction purement locale : il est nécessaire, pour que la médication antipériodique soit produite, que l'absorption porte le médicament sur les organes et appareils qui jouent le principal rôle dans la lésion organique qui constitue la fièvre intermittente. Nos prédécesseurs ont tous reconnu au quinquina la propriété de *fixer la mobilité du système nerveux*. Si cette expression est vague et inadmissible dans l'état actuel de la physiologie, elle consacre au moins ce fait : que les irritations mobiles nerveuses, et surtout périodiquement mobiles, se trouvent bien des toniques, tels que le quinquina, la valériane, etc., qui certainement n'agissent point par révulsion.

Lorsque le quinquina est administré au moment du frisson, n'ayant pas le temps suffisant pour produire son effet préservatif, non-seulement il ne diminue pas l'accès présent, mais il augmente encore sa violence de tout l'obstacle qu'il oppose en vain à une congestion dont l'impulsion est alors irrésistible. Une comparaison rendra ma pensée plus intelligible : la compression peut être avantageuse après une contusion ; elle peut s'opposer au gonflement inflammatoire ; mais si la disposition du sujet ou la force de la contusion provoquent un mouvement inflammatoire très-intense, l'obstacle que celui-ci trouvera dans son libre développement de la part de la compression, et qui devient insuffisant pour l'arrêter, doublera son intensité, et pourra même frapper de mortification la partie enflammée. Le quinquina, agissant sur les tissus, en leur donnant une plus grande force de cohésion et de résistance vitale, doit augmenter les effets de la congestion intermittente, lorsque l'existence actuelle de celle-ci ne tient plus seulement au défaut de résistance ou de tonicité. Il ne peut alors que prévenir le mal ; il est impuissant pour le combattre quand il existe ; bien plus, il devient nuisible. Cependant son action n'est pas toujours en pure perte, la congestion n'a fait que la suspendre : aussitôt que celle-ci s'est dissipée, l'influence des fébrifuges a repris ses droits, et se fera sentir contre l'accès suivant.

Ces idées sur le mode d'action du quinquina dans la fièvre intermittente pourraient être développées, et recevoir une extension systématique propre à les mettre en harmonie avec tout ce qui a été dit sur les causes, le siége et la nature de la fièvre ; mais le développement ne présente pas assez d'importance pour que je m'en occupe davantage dans un ouvrage tout pratique.

§ III. DES LÉSIONS CADAVÉRIQUES.

Les lésions cadavériques lèvent-elles tous les doutes sur la nature de la fièvre intermittente ?

Examinons ces lésions. Les nécroscopies sont assez multipliées sur ce point pour que nous n'ayons que l'embarras du choix. Nous allons commencer par nos propres observations.

Quarante-troisième observation. — Fièvre intermittente compliquée de gastro-entérite et d'arachnitis.

Labéï, âgé de trente ans, montagnard robuste, d'un caractère mélancolique, établi depuis deux ans dans la manufacture de draps, en qualité de laveur des laines, est affecté, à différentes reprises, d'une fièvre tierce gastro-hépatique, et une fois de la fièvre quarte. Les symptômes en étaient les suivants : frissons avec tremblement, nausées et vomissements bilieux dans le premier stade ; dans le deuxième, chaleur ardente, douleur fronto-orbitaire intolérable, soif, langue rouge, lancéolée ; bouche amère, sensibilité épigastrique, constipation, sueurs modérées. Traités d'abord par les évacuants et par le quinquina ces accidents s'aggravèrent ; ils furent ensuite améliorés par le traitement antiphlogistique et les évacuations sanguines ; mais le fébrifuge, mis en usage avant la disparition complète de l'irritation gastrique, n'eut aucune prise sur les accès : ceux-ci ne cessèrent qu'à la longue, et après la suppression de tout remède actif. Dans l'espace de deux ans, Labéï n'eut guère que cinq à six mois de bonne santé.

Enfin, il rentre à l'hôpital dans le mois d'août 1821, avec une fièvre tierce pareille à la précédente. Tout indiquait une irritation fixe et permanente des organes digestifs, compliquée d'accès fébriles : ceux-ci duraient de huit à dix heures, mais la sueur ne paraissait pas au déclin, et les symptômes gastriques persistaient dans l'apyrexie.

L'inconduite de la femme du malade avait jeté celui-ci dans une mélancolie profonde. Tartre émétique, un grain : vomissements bilieux sans soulagement ; accès suivant plus intense. Deux laxatifs ne font que maintenir les accidents.

Du huitième au neuvième jour on prescrit, dans l'intermission, trois gros de poudre de quinquina. Accès plus fort et plus prolongé, ventre douloureux, langue sèche, soif continuelle ; rémission seulement.

Onzième jour. Douze sangsues sur le ventre, répétées le lendemain.

La fièvre devient continue avec délire et prostra-

tion : langue rouge, luisante, contractée ; œil hagard, visage plombé, loquacité sans fin, accompagnée de bégaiement, sur le sujet de ses chagrins ; agitation continuelle des bras ; ventre météorisé, douloureux ; déjections rares, liquides, jaunâtres ; rétention d'urine, pouls intermittent et tremblotant; exacerbation violente le soir. (Eau gommée, camphre, quinquina.) Les symptômes augmentent rapidement, et le malade succombe le quatorzième jour.

Nécroscopie.

Intestins distendus par des gaz fétides. Le jéjunum, l'iléum et le cœcum paraissent, à l'extérieur, parsemés d'un grand nombre de points noirâtres, entourés de plaques violacées de la largeur d'un centime jusqu'à celle d'un écu de trois livres. A l'intérieur, et au centre de ces taches se trouve un putrilage gangréneux, s'ouvrant en forme d'ulcération saillante sur la membrane muqueuse, et cernée par une induration livide, comprenant toute l'épaisseur de l'intestin.

Les glandes mésentériques sont blanches, dures et de la grosseur d'une noisette. Le reste du tube intestinal est intact ;

La membrane muqueuse de l'estomac est d'un rouge superficiel ;

Le foie est très-volumineux, gorgé d'un sang noir, qui ruisselle abondamment sous le scalpel ;

La rate est également engorgée, et sans altération de tissu ;

Une grande quantité de sérosité, d'un jaune brun, est répandue dans le ventre ;

La vessie est tendue, pleine d'urine et phlogosée ;

Le système veineux cérébral est dans un état de plénitude ;

L'arachnoïde est enflammée légèrement ; les ventricules cérébraux sont pleins d'eau.

Cette observation, modèle de traitement vicieux, ne prouve autre chose, sinon que la fièvre intermittente, ou ce qui est ici la même chose, l'irritation congestive périodique des organes gastriques, peut exister conjointement avec une phlegmasie des mêmes organes ; que celle-ci, entretenue par des chagrins, par le défaut de régime, et surtout par une médication stimulante, favorise le développement de la première, et en même temps en est aggravée ; qu'enfin la phlogose étant arrivée à un degré d'acuité considérable domine seule, ne permet plus que des exacerbations, et amène la destruction de la vie. C'est cette complication inflammatoire qui fait tout le danger de la fièvre intermittente, même pernicieuse ; car celle-ci est assez rarement mortelle par elle-même.

Tant que ces symptômes morbides existent pendant l'apyrexie, on est assuré qu'il y a autre chose que la fièvre intermittente. Ici, l'entérite existait depuis long-temps ; elle était devenue une cause excitante sans cesse renaissante de l'invasion des accès ; elle s'opposait à ce que la médication fébrifuge fût durable et même qu'elle eût lieu. En devenant plus aiguë, elle absorbe le mouvement intermittent pour n'exciter qu'une réaction continuelle, c'est-à-dire la fièvre continue.

Les observations quatorzième, quinzième et trentième ne peuvent pas nous éclairer davantage, parce qu'elles ne nous montrent pas la fièvre dans son état de simplicité. Dans toutes il existait primitivement une phlegmasie abdominale *bien continue*, avec fièvre également continue, mais avec des rémittences : sur la fin, il s'y joint des accès pernicieux qui hâtent la mort des malades ; et, quoique les symptômes dominants se passent du côté du cerveau, l'examen de celui-ci n'y fait découvrir aucune altération.

Quarante-quatrième observation. — Fièvre intermittente compliquée de gastro-entérite et de pleuro-pneumonie.

Certot, âgé de vingt-deux ans, d'une faible santé, fut saisi de la fièvre tierce le 19 juin 1807 ; il entra à l'hôpital d'Udine le lendemain. A l'altération de ses traits, à la couleur particulière de sa peau, je jugeai que cette maladie serait très-rebelle. J'en accusai une atteinte profonde portée aux organes digestifs. Et l'excès d'anorexie, sans aucun signe de saburres, sans rots, sans borborygmes, me fit croire que l'estomac était un des plus altérés. Cependant le caractère ataxique des accès ne me permit pas de différer l'emploi du quinquina, qui dissipa, en effet, la fièvre ; mais le teint, les forces et l'appétit n'y gagnèrent rien. J'eus recours aux toniques doux, combinés avec les adoucissants, et au régime végétal féculent. La convalescence ne se confirmait point. Après sept à huit jours de cet état la fièvre reparut. Cette fois le quinquina en substance fut repoussé par l'estomac, et sa présence accrut le malaise et l'anorexie. La décoction de cette écorce gommée et émulsionnée, supprima les accès en deux ou trois jours. Cette rechute avait extraordinairement affaibli le malade ; sa décoloration surtout me désespérait (régime diététique et adoucissant). Néanmoins, au bout de quatre ou cinq jours, le type tierce se rétablit. Le quinquina ne put être admis sous aucune forme : il entretenait une douleur épigastrique insoutenable. J'eus recours aux potions huileuses et mucilagineuses anodines. Une chaleur continuelle avec tendance aux frissons, et les progrès du dépérissement, m'obligèrent d'y renoncer pour ne plus attaquer l'intermittence que par les moyens extérieurs. Les frictions avec la teinture de quinquina me réussirent enfin, et je vis mon malade en pleine convalescence : cependant il conservait sa mauvaise colo-

ration, et une sensibilité obscure à l'estomac qui ne l'empêchait pas de manger. Il était déjà aux trois quarts sans qu'il y eût de symptôme fébrile appréciable, lorsque, tout-à-coup, tous les organes manquèrent à la fois : inappétence absolue, langueur, peau froide, pouls presque insensible, pâleur et décomposition cadavéreuse : mort le cinquante-cinquième jour de la maladie.

Nécroscopie.

Le poumon droit adhérent en quelques points par des productions gélatineuses, semi-organisées ; rougeur, imperméabilité à l'air d'une partie du parenchyme.

Estomac rétréci dans la moitié pylorique, dilaté dans le bas-fond : toute la membrane muqueuse de cette portion tuméfiée, comme ecchymosée et d'un rouge très-foncé.

Membrane muqueuse du colon, rouge dans le commencement de cet intestin et dans le cœcum, saine dans la portion moyenne, rouge et tuméfiée dans la portion descendante jusqu'à l'anus. Taches rouges assez étendues, mais éloignées, dans la longueur des intestins grêles. (M. Broussais, *Phlegmasies*).

Cette observation est du même genre que les précédentes ; mais elle prouve encore mieux que la dépendance de la fièvre intermittente de la phlegmasie gastro-intestinale n'est pas essentielle, puisque l'une est permanente, et que l'autre ne se montre que d'une manière périodique de loin en loin. Sans doute on ne prétendra pas que le quinquina a détruit cette phlegmasie chaque fois qu'il a supprimé la fièvre ; et cependant cela devrait être, si celle-ci n'était qu'un symptôme obligé des lésions organiques. Au contraire, on voit que le fébrifuge augmente la phlegmasie, au point de ne pouvoir plus être supporté par les organes qu'elle dévore ; et que repris sous une autre forme, et déposé sur un autre tissu intact, il arrête encore les accès, malgré les progrès toujours croissants d'une inflammation mortelle.

M. Mongellaz, après avoir accumulé, sans choix, toutes les observations de fièvre intermittente qu'il a pu recueillir, tant chez les anciens que chez les modernes, sans avoir égard aux complications, et surtout au passage du type intermittent au continu, quelque temps avant la mort, donne toutes les altérations que la nécroscopie nous montre alors, comme constituant la fièvre intermittente elle-même. L'analyse raisonnée des faits ne me permet pas d'adopter une pareille conclusion. D'ailleurs, d'après l'opinion de M. Mongellaz, la fièvre intermittente n'étant que l'expression d'une phlegmasie intermittente, lorsque celle-ci devient continue, la fièvre le devient aussi. Ce n'est donc pas la même maladie. Mais il y a plus : la fièvre intermittente existe bien certainement avec l'inflammation continue, même intense, des organes d'où il fait partir les phénomènes fébriles périodiques ; comment cela peut-il se faire ? J'attends la réponse.

Quarante-cinquième observation. — Fièvre quotidienne avec gastrite.

Un peintre, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution assez forte, après avoir éprouvé, pendant les premiers jours de vendémiaire an II, du malaise avec perte d'appétit, des lassitudes dans les jambes, et, de temps en temps, des éblouissements, des vertiges et des faiblesses, fut saisi, le soir, vers trois ou quatre heures, de frissons dans le dos et les extrémités, avec tremblement pendant deux heures. La bouche, d'abord pâteuse, devint sèche ; il y avait soif, céphalalgie, urines rouges, rendues fréquemment et en petite quantité. Ensuite la chaleur vint avec moiteur, et dura cinq à six heures. Les urines furent plus abondantes ; il y eut moins de céphalalgie et plus de soif. Le reste de la nuit le malade dormit assez tranquillement. L'accès revint ensuite tous les jours, et quelquefois en tierce. Il présenta constamment les mêmes symptômes, mais à des degrés variables pour l'intensité. *Le malade fut obligé de garder le lit depuis le premier accès.* Il éprouvait une tendance continuelle au sommeil, et pendant la nuit des rêvasseries fréquentes.

Les premiers jours de la maladie il avait pris un purgatif, puis, pendant douze jours environ, demi-gros de quinquina avec la rhubarbe, ce qui produisait trois ou quatre selles par jour ; et enfin, six verrées de décoction de quinquina en trois jours. Sa boisson était de l'eau vineuse.

Le 9 brumaire il fut reçu à l'hôpital de la Charité. Il avait la figure un peu jaunâtre, maigre ; la bouche sèche, la langue rude au toucher, un peu jaunâtre en devant, et d'un brun noirâtre dans sa moitie postérieure ; appétit nul, et légères sueurs pendant les accès. Le malade était couché en supination ; il se plaignait d'un sentiment de faiblesse et d'abattement général. (Petit-lait avec tamarin et miel, infusion de bourrache, poudre tempérante.) Pendant la journée il y eut six selles liquides et sans douleur. A quatre heures après midi, l'accès commença par des frissons dans le dos, puis aux mains et aux pieds, ensuite tremblement, soif, amertume de la bouche, etc.

Le 10, au matin, apyrexie complète, depuis quatre heures. Le malade a peu dormi ; langue toujours sèche et noirâtre ; soif toujours forte ; réponses un peu lentes ; parole embarrassée ; du reste, mêmes symptômes et mêmes prescriptions que la veille. Accès à trois heures après midi, après le-

quel le malade fut très-fatigué ; il dormit un peu dans la nuit et fit quatre selles.

Le 11, au matin, apyrexie ; soif moindre, quoique la langue soit toujours sèche et brune ; douleur et tuméfaction à la parotide gauche. Accès à deux heures, symptômes moins intenses : mort à trois heures après minuit.

Nécroscopie.

Le foie, volumineux et sain, se prolongeait par une lame qui allait recouvrir la rate. Celle-ci, volumineuse, brunâtre à l'extérieur, présentait dans son intérieur un tissu mou, sans consistance, couleur de lie de vin.

L'estomac, sain à l'extérieur, offrait, près du grand cul-de-sac, une très-large tache rougeâtre ; la surface muqueuse était parsemée presque partout de petites taches brunes, oblongues, et avec coloration rougeâtre aux environs de ces taches.

Les intestins étaient sains.

Dans cette observation de M. Fizeau, on reconnaît une gastrite à marche chronique, qui, par le fait de l'idiosyncrasie du sujet, au lieu de faire naître un mouvement fébrile continuel, ne provoque que des accès réguliers quotidiens ou tierces. Mais on m'objectera peut-être que, puisque j'avoue que la phlegmasie peut amener indifféremment le type continu ou périodique, je reconnais par là une identité de nature entre ces deux ordres de phénomènes. Je répondrai que la fièvre continue est réellement l'expression de la lésion locale, qu'elle constitue l'ensemble des phénomènes liés intimement et nécessairement à cette lésion, tandis que la fièvre intermittente n'est point l'expression de cette lésion ; celle-ci n'en est qu'une cause accidentelle que toute autre pourrait remplacer. La fièvre continue n'a de commun avec l'intermittente que le deuxième stade, celui de réaction. Les symptômes généraux d'une phlegmasie, ou d'une congestion active formée, sont des phénomènes de réaction ; mais le mouvement de concentration qui caractérise la fièvre intermittente n'est pas un résultat d'une inflammation établie, mais plutôt d'une inflammation qui veut se former, ou d'une congestion qui se forme. Ainsi, lorsqu'une phlegmasie produit la fièvre intermittente, c'est comme cause accidentelle et non essentielle. Aussi reconnaît-on facilement la fièvre intermittente qui dépend d'une cause pareille à l'état du malade pendant l'apyrexie ; car, quoiqu'il soit sans fièvre, la décoloration du teint, la faiblesse, l'anorexie et d'autres symptômes indiquent assez que la fièvre intermittente n'est qu'un accessoire de la maladie, et qu'on ne doit pas se flatter d'avoir avancé la guérison lorsqu'on est parvenu à se rendre maître des accès.

Je ferai remarquer ici, en passant, que maintenant, une maladie telle que la précédente, serait combattue d'une tout autre manière, et qu'en très-peu de temps nous avons fait un pas immense dans la pathologie et la thérapeutique. Cette connaissance, plus approfondie de la nature des lésions organiques et d'une méthode pratique plus rationnelle, nous la devons à M. Broussais. Sans adopter toutes les opinions de ce médecin remarquable, la justice me presse de reconnaître hautement que c'est lui qui a donné à la science cette impulsion heureuse, cette activité de recherches de toute espèce d'où sont sorties tant d'utiles vérités. M. Broussais nous a remis dans la bonne route, et la postérité le placera au rang des restaurateurs de la médecine. Poursuivons.

Quarante-sixième observation. — Fièvre intermittente compliquée de gastro-œsophagite.

Le docteur Blaud rapporte qu'un homme, âgé de soixante-quatorze ans, d'une bonne constitution, commença à perdre l'appétit dans le mois de juillet 1819 ; peu après la langue devint rouge, sèche, luisante dans toute son étendue : apyrexie ; point de douleur dans l'épigastre. Il survint, dans le mois d'août suivant, une fièvre symptomatique irrégulière, d'abord double quarte, puis quarte, que l'on regarda comme essentielle, et contre laquelle on employa le quinquina. Les accès cessèrent momentanément, mais l'anorexie devint extrême, la sécheresse et la rougeur de la langue acquirent beaucoup plus d'intensité ; la fièvre reparut ensuite ; combattue encore par le quinquina, elle cessa de nouveau pour reparaître le 13 novembre. Il y eut une consultation. La nature de la maladie n'était pas douteuse : six sangsues sur l'épigastre, les forces n'en permettant pas davantage ; boissons adoucissantes acidulées, crêmes farineuses pour toute nourriture, frictions sur les cuisses avec la teinture de quinquina. La fièvre cesse, mais l'anorexie, la sécheresse et la rougeur de la langue persistent ; la faiblesse est extrême.

Le 1er janvier, un catarrhe pulmonaire vient compliquer la gastrite.

Le 15, la fièvre reparaît sous le type quotidien ; elle devient continue après l'administration d'un gros de quinquina, à laquelle on eut la faiblesse de consentir ; dès-lors, le dépérissement augmenta d'une manière rapide, et le malade expira le 27.

L'ouverture du corps fit voir la membrane muqueuse du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, rouge, enflammée dans toute son étendue, et plusieurs taches livides, larges, autour de l'orifice cardiaque. Point d'autre lésion remarquable.

Cette observation fait naître les mêmes réflexions que la précédente. Je demanderai toujours comment il peut se faire que la fièvre intermittente disparaisse sous l'emploi du quinquina, nonobstant la persistance et même l'accroissement de la gas-

tro-œsophagite étendue qui forme le fond de la maladie, si la fièvre dont il s'agit n'est que l'expression de celle-ci. Nous voyons, d'ailleurs, que la médication a été déplorable. L'inflammation a été méconnue : on s'est attaché à combattre des accès fébriles accidentels, en laissant subsister leur cause excitante. On a ainsi aggravé la maladie principale. On a eu recours aux sangsues lorsque la phlegmasie, passée à l'état chronique, était à peu près incurable; six sangsues étaient alors trop peu, et une plus grande quantité pouvait être nuisible. Enfin, une dernière dose de quinquina, en activant cette phlogose, l'exalte assez pour donner lieu à la fièvre continue. Mais, à travers tous les phénomènes, je ne reconnais pas la fièvre intermittente simple : je ne vois qu'une phlegmasie, plus des accès qui pouvaient ne pas avoir lieu, comme on l'observe chez la plupart de ceux qui sont en proie à des phlegmasies analogues, ou siégeant sur d'autres organes.

Quarante-septième observation. — Fièvre rémittente avec gastrite et ramollissement du foie, observée au Bengale.

Un jeune homme, d'une bonne constitution, plein de vie et de santé, s'embarqua, avec quelques personnes, sur un bâtiment indien pour naviguer dans le Hoogly.

Le jour suivant il revint et offrit les symptômes ordinaires de la fièvre rémittente endémique du Bengale. « Je ne le vis, dit M. James Jonhson, que lorsque la période du froid était passée. La réaction fut violente, la douleur de tête très-intense, la peau brûlante. Une grande oppression se manifesta dans la région précordiale; le pouls devint fréquent, dur; la soif et des nausées se manifestèrent. L'émétique fut administré, et fit rendre, par le vomissement et par les selles, une grande quantité de bile de mauvaise nature; après quoi survint une sueur suivie d'une diminution dans les symptômes fébriles, et d'une rémission qui ressembla presque à une véritable intermission. Je donnai alors le quinquina avec une telle confiance, que je m'attendais à détruire, en quelques instants, cette formidable maladie; mais, hélas! mon triomphe ne fut pas long; car, au bout de quelques heures, la fièvre revint avec une violence encore plus grande, et s'accompagna de vomissements si opiniâtres, que, quoique j'eusse essayé de faire passer du quinquina, même pendant la durée du paroxysme, à l'aide de l'opium, de potions effervescentes, etc., toutes mes tentatives furent infructueuses : chaque dose était rejetée presque aussitôt qu'elle était avalée, et je fus forcé d'abandonner le seul moyen par lequel j'avais espéré de dompter la fureur de cette maladie. D'autres moyens opposés aux symptômes qui se présentèrent furent inutiles, et le malade mourut le troisième jour, entièrement jaune. La matière des derniers vomissements ressemblait à de la bile brune viciée, et nous indiqua quels effets peut produire la fièvre du Bengale, en si peu de temps, sur un Européen dans la vigueur de l'âge.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai le foie si gorgé de sang, qu'il se détachait par lambeaux quand on l'enlevait avec la main. Il semblait que la plus grande partie de ses vaisseaux étaient rompus, et que presque toute sa structure intérieure était convertie en une masse d'extravasation. La vésicule du fiel contenait une petite quantité de bile, dont la couleur et la consistance étaient celles du goudron; les membranes du canal cholédoque étaient si épaissies, et son calibre intérieur si rétréci, qu'on put à peine y faire entrer une sonde (mais de quel calibre?). Quelques traces d'une inflammation commençante existaient dans quelques points des intestins grêles; la surface interne de l'estomac avait le même aspect.

Les vaisseaux veineux du cerveau étaient extrêmement engorgés; les ventricules contenaient plus d'eau que d'habitude, mais sans traces d'inflammation. (Bailly, obs. VIII, page 171).

Conclura-t-on de cette observation que le ramollissement inflammatoire du foie est la cause essentielle de la fièvre pernicieuse qui a tué ce malade? En suivant la marche des symptômes, nous voyons l'action énergique des miasmes marécageux et de la chaleur porter sur les organes gastro-hépatiques une stimulation violente, dont le résultat est une congestion sanguine des plus intenses dans le tissu du foie. Cette congestion détermine une réaction fébrile proportionnée, mais trop profonde pour se dissiper; elle se maintient en grande partie : de là le type composé rémittent. Cependant l'impulsion périodique est donnée au système nerveux; un nouveau paroxysme recommence, et porte la congestion ou injection des capillaires si loin, que le tissu du foie en est brisé et réduit en putrilage. C'est là un effet de la fièvre intermittente, et non une cause. Si Jonhson, l'auteur de cette observation eût combattu promptement et vigoureusement cette énorme congestion avant d'administrer l'émétique et le quinquina, il aurait pu triompher de la fureur de cette maladie. On juge combien le fébrifuge donné au milieu du paroxysme a dû augmenter l'intensité de l'irritation locale.

Quarante-huitième observation.—Fièvre intermittente avec injection générale des organes du bas-ventre.

François Pompeï, âgé de dix-neuf ans, fut pris, le premier juillet 1822, d'un accès de fièvre, à la suite d'un refroidissement subit qu'il éprouva, en entrant tout en sueur dans une grotte fraîche. Il fut amené le 2 juillet, le soir à six heures, à l'hôpital; avant d'arriver, il éprouva une épistaxis considéra-

ble. Son état était le suivant : coma profond, yeux grandement ouverts, dirigés à droite, fixes; air hébété, immobilité générale, décubitus sur le dos, insensibilité des membres, quoique flexibles. Il ne répondait point à ce qu'on lui demandait; ses yeux restaient fixes quand on s'approchait de lui; manifestation de douleur quand on lui comprimait l'estomac; peau chaude, brûlante; gonflement œdémateux et blanchâtre de la face. Cet accès dure jusqu'au lendemain matin 3 juillet; il prit alors une once et demie de quinquina.

Le 4 juillet, au matin, un nouvel accès revient (Quel était l'état du malade dans l'apyrexie? Cette lacune est importante). Au commencement de cet accès, Pompeï pouvait encore répondre un peu aux questions. Mais le coma alla en augmentant, et avec lui tous les symptômes ci-dessus décrits. Le pouls était fort, vibrant et plein, à quatre-vingt-quatre pulsations, et la respiration courte (huit sangsues aux oreilles). Mort à dix heures du soir.

Nécroscopie.

Le corps avait répandu plusieurs onces de sang par le nez, dans la salle des morts; en coupant la peau du crâne il en répandit encore : le tout pouvait peser une livre. Engorgement général de tous les vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions cérébrales; le cerveau, encore recouvert par la dure-mère, présentait un mouvement de fluctuation qui aurait pu faire croire à la présence d'un liquide dans son intérieur; cependant il ne se trouva qu'un peu de sérosité dans les ventricules. La substance du cerveau était de couleur naturelle. Tout le tube intestinal, sans aucune exception, présenta à l'ouverture du ventre, un aspect rouge, dû à l'injection générale de tous les vaisseaux, jusque dans leurs plus petites ramifications, et dans toute l'épaisseur des intestins. Il y avait environ deux livres d'eau dans le ventre. (Bailly, observation XIII, page 185.)

« Ce malade, ajoute M. Bailly, nous offre un exemple bien frappant de l'influence de la constitution régnante sur la forme des maladies. Le corps couvert de sueur, Pompeï entre dans une grotte fraîche, de suite il est pris de fièvre. Quelle cause mieux que celle-ci aurait dû lui donner une fièvre inflammatoire continue? et cependant toute son organisation est tellement modifiée par les causes qui déterminent l'intermittence, que celle-ci se manifeste, bien que l'intérieur soit le siége d'une congestion inflammatoire des plus intenses : ce qui nous prouve que l'intermittence est une fonction habituelle; que cette fonction a ses excitants spécifiques; que les émanations marécageuses et certaines constitutions atmosphériques la mettent en jeu. » Et plus loin : « Les inflammations qu'on trouve après la mort ne sont point intermittentes comme les accès ».

Quoique la durée de la maladie dans ces deux observations n'ait été que de trois à quatre jours, les organes ont présenté des altérations très-considérables, qui consistaient en congestions sanguines énormes des capillaires sanguins du foie et du tube digestif. Ces congestions, amenées par le premier accès et renforcées par les suivants, ont produit immédiatement l'abolition des fonctions et l'épuisement de l'influence nerveuse. Mais comment se fait-il qu'il y ait eu intermission après le premier et même le second accès, quoique bien certainement les organes fussent encore fortement injectés? Ce repos momentané ne peut provenir que de la dépense brusque et extraordinaire d'irritabilité ou d'influence nerveuse que des paroxysmes aussi intenses nécessitent, et qui, ne pouvant se soutenir, laissent les organes dans un état de stupeur momentanée, qui fait cesser toute relation sympathique. Toutes les ouvertures qu'a faites M. Bailly, des individus qui ont succombé à la fièvre intermittente pernicieuse, ont présenté des lésions plus ou moins analogues à celles des deux observations que j'ai extraites de son ouvrage : ce sont toujours des phlegmasies des organes du ventre et de la tête, des engorgements sanguins du foie et de la rate, et quelquefois la rupture, le ramollissement, ou l'état putrilagineux de ces viscères.

On reconnaît là tantôt des phlegmasies primitives, qui se compliquent d'accès pernicieux rémittents; tantôt des accès pernicieux, qui, par la violence des congestions qu'ils amènent, transforment celles-ci en inflammations fixes; de sorte qu'on découvre toujours deux éléments, l'irritation nerveuse périodique et la congestion sanguine. Ces observations, ainsi que toutes les précédentes, nous prouvent que les accès ne tiennent ici aux lésions organiques que comme un effet à une cause dont la nature peut varier, et non comme un symptôme à une lésion matérielle toujours identique, tel, par exemple, que les phénomènes de la pneumonie à l'inflammation du poumon, puisque d'ailleurs les lésions viscérales les plus variées sont souvent accompagnées de paroxysmes qui se ressemblent.

Ces observations prouvent, en outre, que si le quinquina produit une médication spéciale contre les mouvements de concentration périodique, il ne peut qu'augmenter les phlegmasies viscérales du ventre, ou cet état d'injection qui accompagne si souvent la fièvre intermittente, surtout celle qui se montre dans les pays chauds avec le caractère pernicieux; que les Italiens, méconnaissant cet état concomitant des organes, abusent étrangement du quinquina; que la saignée préalable est nécessaire, si l'on veut retirer de l'écorce du Pérou tout l'avantage désirable; que les évacuations sanguines n'ont

aucune prise sur les accès ; qu'aux causes spéciales qui sont dans le cas de provoquer l'intermittence, se joignent presque constamment celles qui développent des phlogoses gastro-intestinales; qu'enfin le quinquina coupant ou suspendant les accès, malgré la permanence de l'état inflammatoire, et la saignée détruisant celui-ci, non-seulement sans arrêter les accès, mais même en les aggravant, il en résulte évidemment que ces deux ordres de phénomènes n'ont entre eux que des relations accidentelles.

Comme on pourrait m'opposer les observations que M. Itard a insérées dans le Journal universel des Sciences médicales (N° de décembre 1823, page 352), je vais les examiner.

Quarante-neuvième observation.—Fièvre intermittente pernicieuse avec inflammation des méninges.

A la suite d'un coup reçu à la tête qui fractura le pariétal, et après quatre jours d'une santé parfaite en apparence, un homme éprouve, le soir, un violent accès de fièvre avec céphalalgie, frisson, délire, alternant avec l'assoupissement ; coloration de la face, et douleur très-vive dans le cou. Ces symptômes disparaissent le lendemain matin, et pendant toute la journée le malade raisonne bien, et mange de bon appétit. Huit accès semblables se succèdent, séparés par une apyrexie complète; mais après le neuvième, les accidents persistent, et le malade meurt dans le coma.

A l'ouverture du cadavre, on trouve les méninges enflammées, recouvertes d'une exsudation puriforme; la substance du cerveau correspondant à la plaie, brune et liquéfiée, et la troisième vertèbre dorsale fracturée, avec la membrane de la moelle épinière légèrement phlogosée dans cet endroit.

Un adulte fort et bien constitué éprouve quatre accès d'une fièvre quotidienne, dont les principaux symptômes sont d'abord, et avant l'invasion de la fièvre, une céphalalgie intolérable, et pendant l'accès, délire, rougeur très-vive de la face, agitation, pouls dur, petit et fréquent, occlusion des yeux, rétrécissement de la pupille, soubresaut des tendons, haleine très fétide. Dans l'après-midi, disparition de tous ces symptômes, à l'exception d'un léger mal de tête. Bien-être jusqu'au lendemain matin. Le quatrième accès emporte le malade.

A l'ouverture du crâne, on trouve l'arachnoïde très-rouge, épaissie, adhérente au cerveau, et la membrane muqueuse du colon et des intestins grêles vivement colorée en rouge.

Les observations III et IV étant à peu près analogues, je ne les rapporterai pas.

Ces faits suffisent, ajoute M. Itard, pour démontrer qu'une inflammation aiguë ou chronique des méninges et de l'encéphale peut ne se manifester que par des symptômes intermittents, et que la fièvre connue sous le nom d'intermittente ataxique n'est, dans certains cas, qui se multiplieront sans doute, qu'une fièvre symptomatique excitée par cette phlegmasie du cerveau.

Il est certain que les lésions du cerveau provoquent moins facilement les sympathies fébriles que celles des autres organes, surtout que ceux du ventre, et que, lorsque l'explosion fébrile arrive, l'altération est déjà profonde et grave. La sensibilité, attaquée dans son foyer, est alors affaiblie et réduite à une difficulté plus ou moins grande d'émouvoir l'appareil circulatoire, et de se répandre dans le reste de l'économie animale, lorsqu'elle n'est pas exaltée à un point extrême ; mais encore, dans ce dernier cas, il y a presque toujours des alternatives assez régulières d'affaissement et de surexcitation (1).

Aussi faut-il toujours être sur ses gardes, à la suite d'une chute, ou d'un coup accompagné de la commotion du cerveau, lors même que plusieurs jours se sont écoulés sans accident depuis l'événement; car, au moment où l'on s'y attend le moins, paraissent brusquement des symptômes formidables d'irritation cérébrale, d'abord d'une manière périodique, puis bientôt continus et funestes. Les accidents qui se déclarent de suite sont ordinairement moins fâcheux, parce qu'on peut les combattre à temps. Mais si l'on voit quelquefois des symptômes ataxiques intermittents provoqués par des phlegmasies du cerveau aussi graves que celles dont M. Itard a rapporté des exemples, on juge bien qu'il y a une grande différence entre une maladie pareille et la fièvre ataxique intermittente simple. Les symptômes sont les mêmes, il est vrai; mais la cause ne l'est pas; et la cause ici est une autre maladie, le plus souvent mortelle. Aussi examinez quel est le résultat du même traitement: l'une est promptement arrêtée par le fébrifuge, quoiqu'aussi violente, quelquefois même davantage; tandis que ce médicament ne peut rien sur l'autre; ou que, s'il enraie momentanément les accès, le malade ne s'en trouve pas mieux et succombe.

M. Itard a donné lui-même la preuve de cette grande dissemblance dans l'histoire d'un jeune homme atteint depuis son enfance d'une otite chronique, lequel, à la suite d'une fièvre ataxique continue, éprouva une fièvre intermittente, qui fut guérie au quatrième accès par le quinquina ; qui récidiva trois mois après, puis l'année suivante, avec le type quotidien, et qui fut constamment suppri-

(1) Le plus grand nombre des maladies du cerveau, même les plus aiguës, présentent des rémittences et même des intermittences assez régulières. Il en est de même des maladies du système nerveux en général ; ce qui ne peut s'expliquer que par l'intermittence des fonctions de ce système.

mée par l'écorce du Pérou, et revint quelques années ensuite sous le type continu, l'otite existant toujours et faisant des progrès.

En effet, les conclusions naturelles de cette observation, sont que l'otite, à raison de son voisinage du cerveau et des communications étroites qui existent entre cet organe et l'oreille, et aussi à raison de l'idiosyncrasie nerveuse de l'individu, est devenue à différentes reprises une cause d'irritation pour l'encéphale; que lorsque la fièvre intermittente ataxique s'est montrée, cet organe devenait le siége d'une irritation congestive intermittente, que le quinquina a pu arrêter; mais personne ne peut croire que le cerveau fût alors réellement phlogosé, comme cela a eu lieu dans les deux précédentes observations, puisque ce serait supposer que le quinquina supprime l'inflammation. Lorsque la fièvre ataxique continue survenait, l'irritation du cerveau était continue; mais rien ne prouve qu'elle fût plus intense : elle était seulement inflammatoire, permanente, et l'autre nerveuse, congestive, périodique.

Ainsi M. Itard a émis une proposition plus spécieuse que solide, en concluant que le changement du type intermittent au continu, à mesure que la maladie s'aggrave et touche à sa fatale terminaison, est une preuve que le type sert bien moins à établir son caractère ou sa nature, qu'à marquer le degré d'intensité de la phlegmasie qui la provoque. Cette proposition ne pourrait convenir qu'aux fièvres intermittentes, dont la cause se trouve être une phlegmasie bien établie.

On voit que j'ai choisi les observations les plus favorables à l'opinion de ceux qui regardent les lésions organiques trouvées après la mort comme la cause essentielle de la fièvre intermittente, celles qu'ils citent eux-mêmes; mais, je le demande à tout esprit de bonne foi et exempt d'idées préconçues, peuvent-elles lui donner une conviction parfaite, touchant cette dépendance obligée de la fièvre périodique de la lésion locale existante sur le cadavre? Les objections que j'ai présentées contre cette opinion ne sont-elles pas propres à faire naître des doutes ? le lecteur en décidera.

§ IV. THÉORIE DE L'INTERMITTENCE.

M. Bailly, dans son important ouvrage sur la fièvre intermittente, a cherché à soulever le voile qui nous cache l'origine des phénomènes de la périodicité : ses idées à cet égard méritent de fixer notre attention, lors même qu'on peut en ébranler la solidité.

L'auteur, frappé de ce fait, que les animaux ne sont point sujets à la fièvre intermittente (1), essaie d'en découvrir la cause. La position constamment horizontale de ceux-ci, comparée à celle de l'homme, qui varie et alterne régulièrement, le soir et le matin, entre les situations verticale et horizontale, lui fit penser qu'elle devait avoir une influence spéciale dans le phénomène de l'intermittence des maladies. En effet, chaque matin, au lever de l'homme, la circulation éprouve un changement : le système nerveux abdominal se réveille, entre en activité ; les organes gastriques sont plus stimulés, leurs fonctions plus énergiques, en un mot ils deviennent le centre des mouvements vitaux : aussi toutes les maladies dont ils sont le siége, et spécialement la fièvre intermittente, ont leur redoublement le matin. Le soir, au contraire, lorsque l'homme est couché, c'est le cerveau qui devient le centre des mouvements ; c'est vers lui que la circulation se hâte davantage; c'est aussi à cette heure que paraissent les paroxysmes des maladies de cet organe. L'excitation matutinale du système nerveux abdominal, et l'excitation vespertinale de celui du cerveau, sont donc deux phénomènes naturels d'une fonction physiologique presque inaperçue, dans l'état de santé, par cela même qu'elle est habituelle; mais si des causes spéciales, telles que les miasmes des marais, viennent à donner plus d'activité à cette fonction, alors l'excitation morbide portée sur les organes du ventre, prendra le caractère intermittent.

« Une fièvre intermittente est donc l'exagération de cet ensemble d'actes organiques qui composent un nycteméron, et qui ont lieu de la manière suivante : 1° congestion matutinale de l'estomac et des intestins; 2° augmentation des différentes influences nerveuses qui s'exercent sur toute l'économie, et qui, suivant la disposition particulière de l'individu, et suivant des causes ci-dessus indiquées, donnent lieu à tel symptôme nerveux plutôt qu'à tel autre; 3° cessation de la congestion par la position horizontale. »

Ainsi, ce qu'on appelle fièvre larvée locale, irritation intermittente externe, n'est également qu'un symptôme de l'excitation périodique des organes gastriques.

M. Bailly emploie tout l'art du raisonnement, étayé de quelques faits, pour donner à sa théorie l'ensemble d'un système complet; mais comme cette théorie n'est fondée que sur deux faits dont on peut contester l'existence constante, nous aurons peu de peine à en faire sentir la fragilité.

En effet, est-il bien certain que les positions verticale et horizontale aient une aussi grande influence sur les fonctions nerveuse et circulatoire que le prétend l'auteur ? Le changement de position, le lever et le coucher, ne peuvent agir sur la circulation que d'une manière toute physique, et par conséquent faible et bornée, incapable de changer l'ordre des mouvements vitaux, de produire ni la

(1) M. Dupuis, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, vient de publier des observations positives, qui prouveraient que les quadrupèdes sont sujets à la fièvre intermittente.

veille ni le sommeil. N'est-il pas évident que l'excitation alternative des fonctions des deux systèmes nerveux tient à la vie elle-même, aux mouvements primitifs d'ensemble et d'harmonie, qui régissent l'action de chaque organe, de chaque appareil; mouvements trop importants pour ne dépendre que de la situation que l'individu peut prendre suivant son bon plaisir? D'ailleurs est-il nécessaire d'être levé pour que l'on éprouve tous les phénomènes que M. Bailly attribue à la position verticale? croit-il sérieusement que le lit soit un préservatif contre la faim, contre la fièvre quarte, etc.? tel, cependant, doit être le résultat de cette singulière opinion. Si la position avait un pouvoir aussi extraordinaire, est-ce qu'elle se bornerait chez les animaux à les exempter de la fièvre intermittente? Il n'y aurait jamais pour eux qu'une espèce d'excitation, celle du cerveau : semblables à l'homme toujours couché, ils seraient constamment dans un état de congestion cérébrale, d'existence semi-apoplectique : toutes leurs maladies n'auraient des paroxysmes que le soir. Il faut avouer qu'en poussant plus loin l'examen de cette théorie, on risque d'en voir découler des conséquences passablement ridicules.

Je ne nie point que chaque matin les fonctions des organes gastriques n'augmentent d'activité, cela paraît même certain; mais le repos dans lequel ils ont été plongés explique assez le réveil de leur action, par le besoin qu'en a toute l'économie animale. Je ne nie pas non plus que le cerveau n'ait plus de sang pendant le sommeil, que l'on dorme assis ou couché; mais certainement les fonctions de l'intelligence sont moins actives que pendant la veille. Il est possible qu'il se fasse dans ce moment un travail organique plus considérable; que le cerveau puise dans le mouvement de nutrition ce que l'exercice de la pensée et de la locomotion lui a fait perdre pendant le jour; mais la position verticale ne serait point un obstacle au développement de tous ces phénomènes; de même que le besoin de dormir n'attend pas qu'on soit couché pour se faire sentir.

Le deuxième fait sur lequel s'appuie M. Bailly n'est pas plus constant : c'est le retour des accès fébriles tous les matins, parce que, dit-il, c'est l'excitation matutinale gastrique qui les appelle.

J'ai noté avec soin l'heure de l'invasion des accès de toutes les fièvres intermittentes reçues dans mon hôpital, pendant les années 1825 et 1826; et en voici le résultat :

Sur cent quarante-une fièvres, soixante étaient quotidiennes, et les heures d'invasion paroxystique étaient les suivantes :

De 8 à 10 heures du matin.	23	60
De 12 à 2 heures après midi	14	
De 2 à 6 heures du soir	10	
De 10 heures du soir à 4 heures du matin.	5	
Heures variables.	8	

49 tierces, dont :

De 8 à 10 heures du matin.	18	49
De 11 à 2 heures.	9	
De 2 à 6 heures du soir	10	
De 10 heures du soir à 4 heures du matin.	6	
Heures variables.	6	

32 quartes, dont :

De midi à 1 heure.	6	32
De 2 à 6 heures du soir.	21	
Pendant la nuit.	4	
Heures variables.	1	

Résumé.

De 8 à 10 heures du matin	41
De 11 à 2 heures après midi.	29
De 2 à 6 heures du soir.	41
De 10 heures du soir à 4 heures du matin .	15
Heures variables	15
	141

Je ferai observer que les fièvres de 1826 ont offert le plus d'exemples d'invasion des accès après midi, et qu'une expérience constante m'a démontré que ces accès étaient d'autant plus invariables, et paraissaient d'autant plus régulièrement de huit heures à midi, que les intermissions étaient plus complètes et la fièvre moins ancienne; que l'ancienneté, les complications et le changement de saison apportaient constamment des variations dans les retours d'accès, de manière à reculer ceux-ci vers la deuxième partie du jour. Le type quarte présente toujours le plus de régularité, et s'éloigne rarement, dans son invasion, de l'intervalle compris entre midi et quatre heures du soir.

Ainsi l'on voit qu'il s'en faut de beaucoup que les accès reparaissent régulièrement à l'heure du réveil. D'ailleurs pourquoi le type quarte, le plus régulier des types intermittents, est-il constamment si éloigné de ce moment dans ses retours? et lors même que cette époque est celle de prédilection, les exceptions sont trop nombreuses pour confirmer sa règle; c'est bien au contraire dans ce cas qu'elles l'infirment : car il faudra nécessairement chercher une autre cause à ces exceptions. D'ailleurs la fonction nerveuse abdominale dont parle M. Bailly n'est ni tierce, ni double tierce, ni quarte, etc.; elle est uniquement et constamment quotidienne. D'où proviendrait donc la variété des types? Dans les fièvres intermittentes, et surtout rémittentes, dont les retours se font le plus souvent dans la soirée, le cerveau paraît-il être plutôt le centre des mouvements que l'abdomen? on n'observe rien de bien constant à cet égard, quoiqu'il soit vrai cependant que les maladies aiguës du cerveau aient leur redoublement de préférence le soir.

En s'en tenant à la stricte observation, on voit que la fièvre aiguë intermittente tierce ou quotidienne, surtout lorsqu'elle est compliquée de gas-

tro-hépatite, débute presque toujours pendant l'été, de huit à dix heures du matin ; que, lorsqu'elle est rémittente, les paroxysmes reviennent ordinairement après midi ; que, plus la fièvre se prolonge et perd de sa violence, plus aussi l'invasion des accès s'éloigne de la matinée; que celle de la fièvre quarte a lieu de midi à quatre heures; que certaines fièvres devancent, et que d'autres retardent, sans qu'on observe dans leurs symptômes des différences qui puissent expliquer ou faire prévoir cette anomalie.

M. Roche a présenté une autre hypothèse sur l'intermittence, dans le tome 1er des *Annales de la Médecine physiologique*, page 116. Il essaie de démontrer : 1° que ce sont toujours des causes intermittentes dans leur action qui préparent les phlegmasies intermittentes ; 2° que ce sont presque toujours des causes intermittentes qui font naître ces phlegmasies ; 3° et que tantôt la continuité d'action des causes, tantôt l'influence de l'habitude, et souvent ces deux circonstances réunies les entretiennent.

1° En effet, dit cet auteur, le printemps et l'automne sont les époques de l'année pendant lesquelles se développent le plus ordinairement ces affections. Or, le caractère commun à ces deux saisons, c'est de présenter une différence considérable entre la température du jour et celle de la nuit, et même plusieurs variations en peu d'heures. Ces alternatives rapides et répétées de froidure et de chaleur, de sécheresse et d'humidité, doivent entretenir, dans l'économie animale, une alternative continuelle d'action et de réaction, dont elle ne tarde pas à contracter l'habitude : ainsi s'établit naturellement l'intermittence. Or, que chez un individu ainsi modifié, un stimulus vienne à agir sur un organe quelconque, surtout si la fonction dont cet organe est chargé dans l'état de santé est elle-même soumise à la loi de périodicité, la lésion de cet organe deviendra intermittente.

Si, à ces causes prédisposantes périodiques, l'intermittence du stimulus lui-même vient se joindre, nous concevons encore mieux l'intermittence de la maladie. En effet, les miasmes marécageux n'agissent que le soir et la nuit ; du moins leur plus grande concentration se faisant après le coucher du soleil, c'est alors que leur influence doit être plus puissante.

Les causes signalées par M. Roche, comme prédisposant les organes à l'intermittence d'action, ne sont pas plus aptes à produire cet effet qu'un grand nombre d'autres. Les variations atmosphériques du commencement du printemps, ou plutôt de la fin de l'hiver, sont certainement les plus fréquentes de toute l'année ; mais sont-elles régulières et périodiques ? La grande irrégularité dans l'intermittence des causes est-elle susceptible d'amener une action pathologique intermittente régulière ? Ne serait-ce pas un contre-sens ? D'ailleurs, est-il bien vrai que les fièvres intermittentes soient très-communes à cette époque ? On voit alors régner les angines, les inflammations de poitrine, les fièvres éruptives ; mais on n'observe que quelques fièvres intermittentes bénignes. Ne sommes-nous pas soumis également dans l'hiver à des alternatives continuelles de température les plus opposées, en passant brusquement de l'air embrasé des appartements dans une atmosphère glacée, *et vice versâ ?* Tout ce qui agit sur nous, ne le fait-il pas d'une manière plus ou moins périodique, tels que les aliments, l'exercice, le sommeil, la veille, le froid, le chaud, etc. ... ? L'influence des miasmes des marais, quoique plus prononcée pendant la nuit, est peut-être beaucoup moins périodique que celle des agents précédents. D'ailleurs, renfermés dans nos appartements, c'est précisément alors qu'elle a moins de prise sur nous ; et si cet effet a lieu, d'où vient que la fièvre se déclare si rarement pendant la nuit ?

La température de l'automne n'est point aussi variable que M. Roche le prétend ; j'entends par automne, l'époque où les fièvres paraissent en plus grande quantité (fin d'août, septembre et octobre). Le soir, il est vrai, l'humidité est considérable, mais non le froid ; et il est probable que cette humidité, qui, au reste, est perpétuelle dans les pays marécageux, joue un rôle plus actif dans la modification qui dispose à contracter la fièvre intermittente que la prétendue intermittence des causes. Le développement d'une phlegmasie pulmonaire, d'une angine, est presque toujours provoqué par l'influence du froid lorsque le corps a été échauffé jusqu'à la sueur ; mais il est rare qu'une pareille cause préside à l'invasion de la fièvre intermittente ; celle-ci est bien plus souvent précédée par la stimulation de la chaleur ou d'une grande fatigue.

Si le mode intermittent d'action d'un agent quelconque pouvait communiquer aux actes organiques un type analogue, il est certain que toutes les maladies prendraient ce caractère, car il est peu de causes en faveur desquelles on ne pût pas faire valoir la plupart des raisonnements que M. Roche a présentés pour soutenir son hypothèse.

2° Les accès se répètent, continue ce médecin tantôt par l'influence de l'habitude, tantôt parce que les causes se renouvellent, et souvent par ces deux actions réunies ; et il entend, par *habitude*, la tendance de tous nos organes à répéter certains actes, quoique la cause qui ait fait naître le premier ait cessé d'agir. L'habitude ainsi définie n'éclaircit rien ; elle exprime seulement un fait, mais il n'est pas certain que ce fait puisse exister pour l'intermittence fébrile.

M. Roche expose sa théorie avec méthode et clarté ; la simplicité de celle-ci est sédui-

sante, mais elle ne satisfait pas complètement.

Pour nous, d'accord avec M. Guérin de Mamers, nous ne pouvons concevoir l'intermittence organique morbide que comme un phénomène nerveux, et même que par l'entremise d'un fluide nerveux qui, tel que le fluide électrique, se porte rapidement sur un point irrité, s'y concentre d'une manière extraordinaire, produit momentanément une congestion sanguine, qui, à son tour, provoque tous les phénomènes locaux et généraux de l'inflammation; s'épuise bientôt, se répare peu à peu pour faire une nouvelle irruption, tant que la partie conserve l'irritation première et l'impression secondaire des accès ou plutôt de la congestion. Cette partie *contracte l'habitude* de répéter les mêmes actes, parce qu'elle reste dans un état de stimulation qui rappelle l'influence nerveuse sur elle. Cet état peut n'être pas appréciable pour le malade et le médecin lorsqu'il est devenu chronique, mais il n'en existe pas moins, car l'habitude sans cause est une chimère. On conçoit qu'il est impossible que des organes qui ont souffert une violence semblable à celle qui provoque les symptômes d'une fièvre d'accès, quelque forte que soit la réaction dérivative, soient dans le cas de recouvrer leur état normal dans le court espace d'une intermission ordinaire : aussi cela n'arrive que très-rarement. L'intermittence est ce moment de repos ou de sommeil du système nerveux, pendant lequel les organes centraux de la vie organique, ayant perdu par le fait d'une réaction violente une grande partie de leur irritabilité, ou, si l'on veut, de leur fluide nerveux, tombent dans une impuissance momentanée de réveiller la moindre sympathie : ce moment est aussi celui que la nature met à profit pour rendre au système nerveux son influence suspendue par son épuisement.

Un second accès paraît par les mêmes provocations qui ont amené le premier; c'est-à-dire, parce que l'état des organes qui en sont le siége n'a point encore changé. Ainsi, chaque paroxysme est lié étroitement à celui qui précède, ou plutôt ils sont tous des symptômes successifs de la même maladie : chacun d'eux trouve bien sa terminaison dans son propre accès, mais ils reparaîtront aussi long-temps que la lésion locale sera assez forte pour ébranler le système nerveux malade lui-même.

Quoique la théorie de M. Bailly soit très-obscure et ses preuves très-sujettes à discussion, je pense qu'il a rencontré juste, en cherchant la solution du problème de l'intermittence dans les fonctions du système nerveux, à l'exemple d'Hildenbrant. (Voyez *Médecine pratique* d'Hildenbrant, trad. Gauthier, 2e vol., p. 216.)

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

1° La constitution de l'indigène des pays marécageux tempérés, tel que la Dombes, est caractérisée par une grande ampliation passive du système veineux ascendant, surtout de celui de l'abdomen; par une ampliation analogue des vaisseaux lymphatiques correspondants, et par la faiblesse relative de la circulation artérielle; de là l'origine de l'enflure, des obstructions, des ulcères des jambes, etc.

2° Une cause irritante quelconque est susceptible de produire une irritation intermittente avec ou sans fièvre; mais l'endémie ou l'épidémie de la fièvre intermittente ne s'établit que sous l'influence réunie de la chaleur, de l'humidité, et des miasmes ou effluves, provenant des marais ou d'eaux stagnantes en fermentation putride.

3° Le siége de la fièvre, c'est-à-dire de la modification pathologique qui provoque le mouvement fébrile, n'est pas toujours le même; cependant, dans le plus grand nombre des cas, on le trouve primitivement dans les organes qui relèvent du grand sympathique, et spécialement sur leurs expansions nervoso-vasculaires. Ce n'est que par réaction que le cerveau et le reste de l'économie participent à la lésion première.

Tous les organes sont aptes à recevoir primitivement la concentration d'irritation périodique; mais les effets en seront différents, à raison de l'importance du rôle que chacun d'eux joue dans l'acte compliqué de la vie. Ainsi, lorsqu'une partie extérieure, du tronc ou un rameau nerveux se trouve compromis, il n'en résulte aucune émotion fébrile bien prononcée, parce que les relations et le pouvoir sympathique de ces parties sur la circulation générale sont faibles et bornés. En général, la réaction fébrile est d'autant plus intense, que la concentration d'irritation a envahi une plus grande quantité de capillaires vasculo-nerveux.

4° La fièvre intermittente est, comme les irritations apyrétiques périodiques, un acte de l'influence nerveuse : c'est une irritation nerveuse. La congestion qui la suit constamment, qu'elle soit sanguine, qu'elle se fasse sur des capillaires excréteurs ou sécréteurs, etc., est sous la dépendance immédiate et obligée de la concentration nerveuse; elle disparaît avec elle, mais l'impression irritante ne s'efface que peu à peu. Si la congestion persiste plus de deux ou trois jours, elle devient inflammatoire : la fièvre cesse d'être intermittente pour passer au type continu, ou au moins au type rémittent, suivant le degré d'étendue et d'intensité de la phlogose. Ce n'est que lorsque celle-ci est devenue chronique, que le mouvement intermittent peut être compatible avec elle, ou, lorsque la concentration nerveuse est si violente, qu'elle paraît s'épuiser, comme dans certaines fièvres pernicieuses intermittentes bien évidemment compliquées de phlegmasies des plus profondes.

Le type continu est donc essentiellement diffé-

rent de celui qui est intermittent : le premier provenant d'une irritation sanguine fixe, d'une véritable inflammation; le second, d'une irritation nerveuse, d'une congestion nervoso-vasculaire mobile, simulant plus ou moins l'inflammation.

5° La fièvre rémittente doit sa forme à un composé d'irritation fixe et d'irritation mobile; c'est une maladie complexe : pour qu'elle puisse avoir lieu, il faut que l'irritation phlegmasique, permanente, ne soit pas trop intense; car, lorsqu'elle existe à un certain degré, la réaction considérable et continuelle qui en résulte s'oppose à toute concentration nouvelle.

La fièvre rémittente se présente sous des formes très-variées, mais deux sont très-importantes à bien distinguer. La première est celle dont le type primitif dominant est l'intermittent, mais dans laquelle chaque paroxysme produit sur les organes une irritation assez forte pour être durable, et qui, se renouvelant sans cesse, ne fait que s'aggraver, en tendant au type continu, si l'art n'intervient promptement. La seconde est celle dont le type primitif, au contraire, est continu, mais qui, plus tard, se combine avec des retours périodiques; ce qui n'arrive que lorsque l'irritation continuant, l'inflammation décline d'intensité seulement.

6° La fièvre intermittente est rarement simple à son début : il existe presque toujours en même temps, et d'une manière continue, un état inflammatoire ou pléthorique général ou local, ou cette lésion connue sous le nom d'*embarras gastrique et bilieux*, extrêmement fréquente chez le Bressan et chez tous les individus misérables. De là les différentes complications signalées dans le premier chapitre. Ce sont des complications, puisque leur destruction n'empêche point la fièvre de poursuivre sa marche, du moins le plus ordinairement.

7° La fièvre intermittente est pernicieuse toutes les fois que la concentration ou la réaction est portée à un si haut degré, que les grandes fonctions sont enrayées et les jours du malade dans un danger imminent. Il se fait alors un déplacement de vitalité tel, qu'un organe peut s'en trouver étouffé, tandis que les autres tombent dans un collapsus complet. C'est ordinairement sur le foie, la rate et la membrane muqueuse gastro-duodénale que se forment ces formidables concentrations, qui, dans les pays marécageux, donnent lieu aux congestions sanguines les plus considérables. Quoique les fonctions du cerveau soient alors abolies, l'intégrité de la pulpe cérébrale et des méninges semble annoncer une asthénie profonde plutôt qu'une irritation quelconque. Telle est la fièvre intermittente soporeuse; le malade succombe alors dans le stade prolongé de concentration.

Lorsque la réaction se développe bien, c'est ordinairement par le cerveau, par une lésion inflammatoire de cet organe ou de ses enveloppes que le malade meurt.

8° Les obstructions du foie et de la rate sont un produit de la fièvre intermittente. Elles commencent par une simple congestion sanguine, et finissent souvent, lorsque celle-ci se prolonge longtemps, par une phlegmasie et une altération organique (1).

L'enflure est également un produit de la congestion périodique, qui met obstacle à l'absorption, en affaiblissant la force circulatoire du système veineux inférieur.

9° Pour obtenir une guérison solide de la fièvre intermittente, il faut combattre les deux éléments qui la composent, l'état congestionnaire sanguin et le mouvement nerveux périodique. On s'attachera toujours à isoler, le plus possible, les retours d'irritation intermittente, en attaquant, soit la turgescence sanguine, soit les complications accidentelles; car, cet effet obtenu, on est maître de l'intermittence au moyen du quinquina.

10° Rien ne prouve que ce médicament agisse comme révulsif; son mode d'action dans la suppression de la fièvre est encore un problème à résoudre.

TABLEAU DU MOUVEMENT DE L'HÔPITAL DE MONTLUEL,

Contenant quinze lits, depuis le mois de juin 1822 *jusqu'au* 31 *décembre* 1826, *divisé par périodes de six mois.*

Du 1er *juin, jusqu'au* 31 *novembre* 1822. (Grandes chaleurs.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	101	dont 52 rémittentes au début.
Fièvres continues avec symptômes gastriques.	18	
Embarras gastriques.	19	
Bronchites ou catarrhes pulmonaires.	7	
Entérites et colites aiguës et chroniques.	7	
Phlegmasies variées, indispositions.	28	
	180	dont 9 morts.

Du 1er *décembre au* 31 *mai* 1823. (Température humide, pluvieuse.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	34	dont 10 rémitt.
Fièvres continues.	4	
Pleuro-pneumonies.	19	
Bronchites ou catarrhes pulm. aigus et chroniques.	21	
Embarras gastriques.	7	
Phlegmasies variées, indispositions.	44	
	129	dont 10 morts.

(1) Le plus grand nombre des lésions du ventre que les nécroscopies démontrent à la suite de la fièvre intermittente, étant des complications de celle-ci, des effets de leurs accès, les lésions dont il s'agit ne sauraient donner la solution du problème de la nature de la fièvre.

Du 1er *juin au* 31 *novembre* 1823. (Température humide et long-temps froide.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	96	dont 36 rémitt.
Fièvres continues.	17	
Embarras gastriques.	14	
Bronchites ou catarrhes pulm. . . .	6	
Pleuro-pneumonies.	3	
Phlegmasies variées, indéterminées, etc.	20	
	156	dont 7 morts.

Du 1er *décembre au* 31 *mai* 1824. (Froid vif.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	50	dont 10 rémitt.
Fièvres continues.	7	
Embarras gastriques.	8	
Pleuro-pneumonies.	6	
Bronchites ou catarrhes.	15	
Phlegmasies variées, etc.	38	
	124	dont 9 morts.

Du 1er *juin au* 31 *novembre* 1824. (Tempér. chaude et pluv.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	82	dont 22 rémitt.
Fièvres continues.	10	
Embarras gastriques.	12	
Maladies variées	41	
	145	dont 12 morts.

Du 1er *décembre au* 31 *juin* (sept mois) 1825. (Température froide et sèche.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	43	dont 18 rémitt.
Fièvres continues.	14	
Embarras gastriques.	10	
Pleuro-pneumonies.	31	
Bronchites ou catarrhes aigus et chroniques.	41	
Maladies variées.	40	
	179	dont 32 morts.

Du 1er *juillet au* 31 *décembre* 1825. (Température chaude et sèche.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	70	dont 25 rémitt.
Fièvres continues.	11	
Embarras gastriques.	16	
Gastro-pneumonies.	10	
Bronchites.	6	
Colites.	9	
Maladies variées.	46	
	168	dont 15 morts.

Du 1er *janvier au* 31 *juin* 1826. (Température froide et sèche.)

Fièvres intermittentes et rémittentes. .	28	dont 6 rémitt.
Fièvres continues.	4	
Embarras gastriques.	5	
Bronchites aiguës et chroniques. . .	18	
Pleuro-pneumonies.	10	
Varioles.	5	
Maladies variées.	47	
	117	dont 8 morts.

Du 1er *juillet au* 31 *décembre* 1826. (Température chaude et sèche, puis très-froide.)

Fièvres intermittentes et rémittentes.	77	dont 16 rémitt.
Fièvres continues.	12	
Embarras gastriques.	2	
Gastro-pneumonies	6	
Varioles.	7	
Bronchites.	10	
Maladies variées.	40	
	154	dont 11 morts.

Total général des maladies pendant 54 *mois.*

Fièvres intermittentes.	386	dont 198 quotid.
Fièvres rémittentes. .	195	115 tierces.
Fièvres continues. . .	97	59 quartes.
Embarras gastriques. .	93	14 pernicieuses.
Bronchites aiguës et chroniques.	124	
Pleuro-pneumonies. .	85	
Phlegmasies aiguës et chroniques, névralgies, indispositions, etc.	360	
Varioles (1826). .	12	
	1352	dont 113 morts (à très-peu près 1 sur 12).

Nature des maladies suivies de la mort.

Inflammations du cerveau et des méninges avec suppuration.	3
Inflammations des organes digestifs avec des accès rémittents pernicieux.	6
Fièvres continues, symptômes adynamico-ataxiques (gastro-entérites.)	13
Gastrites, gastro-péritonites, gastro-pneumonies.	9
Colites et entérites aiguës et chroniques.	11
Péritonites-métrites.	4
Ramollissement de la rate, inflammation chronique du foie, ascites.	6
Pleuro-pneumonies.	24
Bronchites chroniques.	12
Hydrothorax avec hypertrophie du cœur, catarrhes chroniques, anasarques.	8
Phthisies.	10
Laryngites, deux inflammations, une séreuse. . .	3
Décrépitudes.	4
	113

RÉFLEXIONS.

Ainsi les fièvres rémittentes et intermittentes composent, à très-peu près, les trois septièmes des maladies traitées dans l'hôpital de Montluel : dans les hôpitaux de Châtillon-les-Dombes et de Chalomont, au centre du pays d'Étangs, elles en forment les deux tiers. Les fièvres rémittentes pas-

sant presque toujours au type intermittent, doivent être rangées parmi les intermittentes en général.

Sur cinq cent quatre-vingt-une fièvres d'accès, traitées dans l'hôpital, cent quatre-vingt-quinze étaient rémittentes, et présentaient des symptômes de gastro-entérite, de bronchite, de gastro-céphalite, ou simplement des symptômes généraux d'inflammation non circonscrite. Ces complications combattues et détruites, ou beaucoup diminuées, des intermissions complètes survenaient. Le quinquina achevait la guérison; quelquefois il devenait inutile. Si l'on négligeait de combattre directement par les antiphlogistiques les complications indiquées ci-dessus, celles-ci se prononçaient davantage, le mouvement fébrile devenait plus violent, et à la place des paroxysmes rémittents en froid, on n'observait plus que des exacerbations intenses dans la soirée; alors apparaissaient des symptômes ataxiques ou adynamiques.

Deux cents fièvres, quoique présentant des intermissions complètes, étaient compliquées, dans le premier septenaire, d'un état pléthorique, d'une congestion sanguine locale, mais le plus souvent d'une irritation aiguë de l'estomac et du foie, avec vomissements bilieux, céphalalgie frontale. Les évacuations sanguines générales, mais surtout l'application de sangsues sur la région épigastrique, ont constamment réduit la fièvre à son état de simplicité, et même l'ont fait quelquefois immédiatement disparaître : d'autres fois la persistance de symptômes d'embarras bilieux a nécessité l'emploi de l'émétique. La fièvre, combattue préliminairement ainsi, cédait avec la plus grande facilité à de faibles doses de sulfate de quinine. Cent étaient compliquées d'embarras gastrique. Les malades venaient la plupart du pays d'Étangs : c'étaient les plus misérables. L'émétique, administré au début et même réitéré, a toujours été suivi d'un bon effet.

Sur les quatre-vingt-six fièvres restantes, plusieurs étaient compliquées de symptômes d'irritation lente des membranes muqueuses, d'engorgement de la rate, d'hydropisie. Quant à la fièvre intermittente simple, on voit combien elle est rare à son début.

Les fièvres pernicieuses sont également assez rares, puisqu'on n'en compte que quatorze sur cinq cent quatre-vingt-une. Six ont été suivies de la mort, non par le fait des accès, mais bien par celui de lésions organiques formant complication.

Quatre-vingt-dix-sept fièvres continues. Ce genre de maladie m'a toujours présenté des symptômes de gastro-entérites à caractère muqueux, bilieux, adynamique ou ataxique; ces deux derniers caractères ont été rares. Le traitement a toujours été antiphlogistique; ses avantages ont été en général constants; cependant, dans trois cas, les évacuations sanguines ont paru favoriser immédiatement le développement des symptômes adynamiques dans des constitutions molles et détériorées (treize morts).

Quatre-vingt-treize embarras gastriques sans fièvre, guéris promptement par l'émétique, ou l'émétocatarthique.

Cent vingt-quatre bronchites ou catarrhes pulmonaires aigus et chroniques (douze morts), quatre-vingt-cinq pleuro-pneumonies (vingt-quatre morts). La plus grande mortalité a porté sur cette maladie, la plus redoutable, sans contredit, surtout parmi les indigènes du pays d'Étangs, dont les poumons s'engorgent d'une manière si prompte et si considérable, que la suffocation amène la mort du cinquième au septième jour.

La saignée générale ne peut être employée qu'avec parcimonie; les sangsues conviennent mieux. Le tartre stibié à la dose de six à dix grains dans les vingt-quatre heures, délayé dans une chopine de tisane, m'a donné dans ces derniers temps d'excellents résultats, employé immédiatement après quelques évacuations sanguines. C'est une épidémie de pleurésies infiniment intense qui a porté aussi loin la mortalité dans le premier semestre de 1825.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

ST MARY'S HOSPITAL RADCLIFFE LIBRARY MANCHESTER

Avant-propos. page 391

PREMIÈRE PARTIE.

Précis de la Statistique médicale du canton de Montluel et d'une partie de la Dombes. 391
I. Pays d'étangs. 391
II. Pays de coteaux. 394

DEUXIÈME PARTIE.

Des fièvres qui font l'objet de cet ouvrage.

CHAPITRE PREMIER.

Description des Fièvres d'accès.

Sect. I. *Description des Fièvres intermittentes.*

§ I. Fièvre intermittente simple. — Observations particulières. — *Première observation.* 396
Description générale de la Fièvre intermittente simple. 397
§ II. Des complications de la Fièvre intermittente. — Fièvre intermittente inflammatoire. — Observations particulières. — *Deuxième observation.* 399
Troisième observation. 399
Quatrième observation. 400
Cinquième observation. 400
Description générale de la fièvre intermittente inflammatoire. 401
§ III. Fièvre intermittente gastro-hépatique. — Observations particulières. — Embarras gastrique isolé. — *Sixième observation.* 402
Fièvre intermittente avec embarras gastrique. — *Septième observation.* 402
Fièvre intermittente avec irritation gastrique et gastro-hépatique. — *Huitième observation.* 403
Neuvième observation. 403
Dixième observation. 404
Onzième observation. 405
Description générale de la fièvre intermittente bilieuse gastrique. 405
Première variété. *Embarras gastrique.* 405
Deuxième variété. *Irritation aiguë des organes digestifs.* 406
§ IV. Fièvre intermittente muqueuse. — Observations particulières. — *Douzième observation.* 407
Treizième observation. 407
Quatorzième observation. 408
Description générale de la fièvre intermittente muqueuse. 409
§ V. Fièvre intermittente pernicieuse.—Observations particulières. — *Quinzième observation.* Fièvre soporeuse. 410
Seizième observation. Fièvre gastrique soporeuse. 412
Dix-septième observation. Fièvre rémittente soporeuse, ramollissement de la rate. page 412
Dix-huitième observation. Fièvre intermittente muqueuse avec idiotisme. 413
Dix-neuvième observation. Fièvre convulsive. 414
Vingtième observation. Fièvre intermittente pernicieuse gastro-céphalo-méningite. 415
Vingt et unième observation. Fièvre tierce tendant à l'engorgement cérébral. 415
Vingt-deuxième observation. Fièvre cholérique. 416
Vingt-troizième observation. Fièvre dysentérique. 417
Vingt-quatrième observation. Fièvre asthmatique. 417
Description générale de la fièvre intermittente pernicieuse. 418
Fièvre soporeuse ou carotique. 419
Fièvre intermittente pernicieuse gastro-céphalique ou méningite. 420
Fièvre intermittente pernicieuse dont le siége est dans la poitrine. 420
Fièvre pernicieuse dont le siége est dans le ventre. 421
Fièvre pernicieuse tétanique. 421

Sect. II. *Description des fièvres rémittentes.*

Observations particulières. 421
Vingt-cinquième observation. Fièvre rémittente inflammatoire. 421
Vingt-sixième observation. Fièvre rémittente gastrique aiguë. 423
Vingt-septième observation. Fièvre rémittente gastro-carditique. 423
Vingt-huitième observation. Fièvre rémittente gastrique aiguë avec irritation cérébrale. 424
Vingt-neuvième observation. Fièvre rémittente gastro-céphalique. 426
Trentième observation. Fièvre rémittente avec gastro-duodénite et engorgement sanguin du foie. 426
Trente et unième observation. Fièvre rémittente compliquée d'inflammation du cerveau. 427
Trente-deuxième observation. Inflammation des bronches, compliquée de fièvre rémittente cérébrale. 428
Trente-troisième observation. Pleuro-pneumonie; fièvre rémittente pernicieuse. 428
Description générale de la fièvre rémittente. 430

CHAPITRE II.

De l'influence des causes extérieures sur la production des Fièvres d'accès. 432
Influence de la chaleur. 433

Influence de l'humidité. page 433
Influence des miasmes des marais. 434
Influence du régime. 436

CHAPITRE III.

Traitement.

§ I. Traitement de la fièvre intermittente simple. 437
§ II. Traitement de la fièvre intermittente inflammatoire. 442
§ III. Traitement de la fièvre intermittente bilieuse ou gastrique. — Embarras gastrique. 443
Traitement de la fièvre intermittente bilieuse, compliquée de gastro-hépatite. 445
§ IV. Traitement de la fièvre intermittente pernicieuse. 447
§ V. Traitement de la fièvre rémittente. 448
Trente-quatrième observation. 451
Trente-cinquième observation. 454
§ VI. Moyens hygiéniques et prophylactiques. 455

CHAPITRE IV.

Recherches sur la nature et le siége de la fièvre intermittente.

§ I. Siége de la fièvre. 457
§ II. De la nature de la fièvre intermittente. 459
Trente-sixième observation. 463
Trente-septième observation. 466
Trente-huitième observation. Fièvre rémittente maligne suivie d'obstruction de la rate. page 467
Trente-neuvième observation. Obstruction de la rate à la suite de la fièvre d'accès (Mélœna). 468
Quarantième observation. Obstruction de la rate. 469
Quarante-unième observation. 469
Quarante-deuxième observation. 469
§ III. Des lésions cadavériques. 473
Quarante-troisième observation. Fièvre intermittente compliquée de gastro-entérite et d'arachnitis. 473
Quarante-quatrième observation. Fièvre intermittente compliquée de gastro-entérite et de pleuro-pneumonie. 474
Quarante-cinquième observation. Fièvre quotidienne avec gastrite. 475
Quarante-sixième observation. Fièvre intermittente compliquée de gastro-œsophagite. 476
Quarante-septième observation. Fièvre rémittente avec gastrite et ramollissement du foie. 477
Quarante-huitième observation. Fièvre intermittente avec injection générale des organes du bas-ventre. 477
Quarante-neuvième observation. Fièvre intermittente pernicieuse avec inflammation des méninges. 479
§ IV. Théorie de l'intermittence. 480
§ V. Résumé du Chapitre. 483
Tableau du mouvement de l'hôpital de Montluel, depuis le mois de juin 1822 jusqu'au 31 décembre 1826, divisé par périodes de six mois. 484
Réflexions. 485

FIN DE LA TABLE.